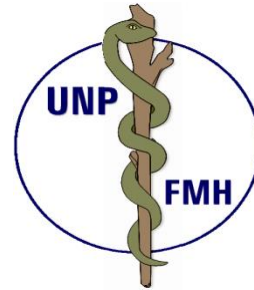


UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PUÉRPERAS
POR PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO II SULLANA,
DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO – CIRUJANO

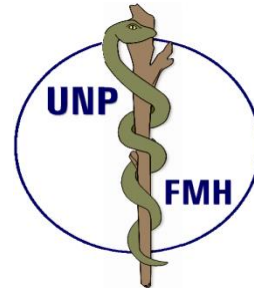
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS Y PATOLOGÍA
ÁREA DE CIENCIAS CLÍNICAS EN GINECO - OBSTETRICIA

AUTORA: CUSTODIO GONZÁLES, PAOLA

PIURA- PERÚ

2018

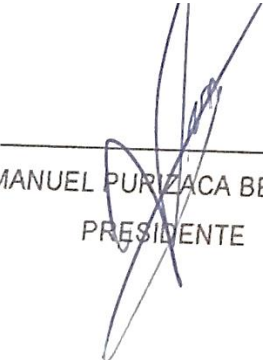
UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



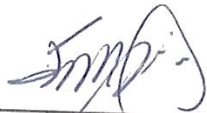
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PUÉRPERAS
POR PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO II SULLANA,
DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO – CIRUJANO

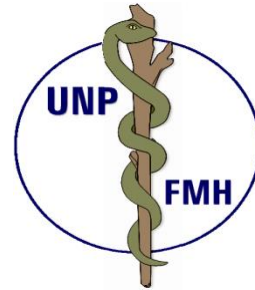
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS Y PATOLOGÍA
ÁREA DE CIENCIAS CLÍNICAS EN GINECO – OBSTETRICIA


MANUEL PURIZACA BENITES
PRESIDENTE


JAVIER LA MADRID RAZURI
SECRETARIO


JULIO PISCOYA ARBAÑIL
VOCAL

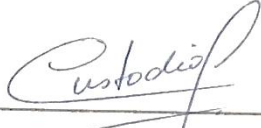
UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA




**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PUÉRPERAS
POR PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO II SULLANA,
DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO – CIRUJANO

DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS Y PATOLOGÍA
ÁREA DE CIENCIAS CLÍNICAS EN GINECO - OBSTETRICIA


CUSTODIO GONZALES PAOLA
AUTOR


Dr. JOSE OÑA GIL
ASESOR

PIURA – PERU

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TODOS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Cs. de la Salud
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS



Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, reunidos para calificar el Proyecto de Sustentación de Tesis de la señorita; **PAOLA VANESSA CUSTODIO GONZALES**, denominado "**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PUERPERAS POR PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO II SULLANA, DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017**". Lo declaran:

APROBADO

En consecuencia, queda en condiciones de ser calificado **APTO** por el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Piura, y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**, de conformidad con el Art. 171 del Estatuto de la Universidad Nacional de Piura.

Piura, 21 de marzo del 2018


DR. MANUEL PURIZACA BENITES
PRESIDENTE


DR. JAVIER LA MADRID RAZURI
SECRETARIO


DR. JULIO PICOYA ARBAÑIL
VOCAL

RESUMEN

La investigación se realizó con el propósito de tratar de disminuir la incidencia del parto pretérmino, para lo fue importante conocer los factores que lo predisponen, siendo Piura uno de los departamentos con alta prevalencia a nivel nacional, con aproximadamente 6.5% de partos pretérminos en años previos. El objetivo fue describir las características epidemiológicas que presentaron las puérperas por parto pretérmino del hospital de apoyo II-2 Sullana durante el 2017. Esta investigación se llevó a cabo desde la perspectiva metodológica descriptiva, diseño observacional, retrospectivo y transversal. Se revisó 183 historias clínicas aleatoriamente para obtener los datos. Se utilizó la frecuencia expresada en porcentajes, con su respectiva tabulación y gráfica.

Se obtuvo como resultados que hubo mayor frecuencia de parto prematuro en gestantes entre 20 a 34 años de edad (59.5%) con una media de 28.5 (DS=7.8) y con edad gestacional entre 32 a 36 semanas (87.9%). Hubo prevalencia en las multigestas (57.3%) y pacientes con control prenatal inadecuado (62.8%). La anemia (48%), la infección urinaria (31.6%) y la ruptura prematura de membranas (22.9%) fueron las enfermedades intercurrentes más comunes. Se encontró como antecedentes el aborto previo (34.9%) y parto pretérmino previo (15.8%). La preeclampsia predominó con el 43.7% siendo esta una de las principales indicaciones para la culminación de la gestación. Se concluyó al finalizar que principales características maternas presentes en el parto pretérmino fueron multigestas con control prenatal inadecuado, intercurrentencias como la anemia materna, infección urinaria y ruptura prematura de membranas, así como el diagnóstico de preeclampsia.

Palabras clave: Pretérmino, prematuro, factores de riesgo

ABSTRACT

The research was carried out with the purpose of trying to reduce the incidence of preterm delivery, so it was important to know the predisposing factors, being Piura one of the departments with high prevalence nationwide, with approximately 6.5% preterm deliveries in years previous. The objective was to describe the epidemiological characteristics of puerperal women by preterm delivery of the II-2 Sullana Support Hospital during 2017. This research was carried out from a descriptive methodological, observational, retrospective and cross-sectional perspective. We reviewed 183 medical records randomly to obtain the data. The frequency expressed in percentages was used, with its respective tabulation and graph.

It was obtained as results that there was higher frequency of premature birth in pregnant women between 20 to 34 years of age (59.5%) with a mean of 28.5 (SD=7.8) and with gestational age between 32 to 36 weeks (87.9%). There was a prevalence in multigesta (57.3%) and patients with inadequate prenatal control (62.8%). Anemia (48%), urinary tract infection (31.6%) and premature rupture of membranes (22.9%) were the most common intercurrent diseases. Previous abortion (34.9%) and previous preterm delivery (15.8%) was found. Preeclampsia prevailed with 43.7% being this one of the main indications for the completion of pregnancy. It was concluded at the end that the main maternal characteristics present in preterm delivery were multigesta with inadequate prenatal control, intercurrents such as maternal anemia, urinary infection and premature rupture of membranes, as well as the diagnosis of preeclampsia.

Key words: Preterm, premature, risk factors

DEDICATORIA

*“A Dios quien me ha dado la vida y la fortaleza
para continuar y nunca desistir pese a las
dificultades y obstáculos que se presentaron
durante este largo camino”*

*“A mi padre por su apoyo incondicional
y por los consejos que siempre me ha
brindado”*

*“A mi madre por su cariño, aliento y
confianza, y por estar conmigo ayudándome
cada vez que tropezaba”*

*“A mis amigos que siempre tuvieron un
consejo y palabras de aliento cuando
más lo necesitaba”*

*“A todos mis maestros por su ejemplo como guías e instructores durante todo
este camino”*

Agradecimiento

A mi asesor por haberme brindado la oportunidad de desarrollar junto a él mi proyecto y corregirme cuando era necesario.

A mis padres por su constante apoyo y espero que comprendan que mis esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ellos.

Y a todas las personas que con su apoyo me impulsan día a día a lograr mis objetivos.

INDICE DE CONTENIDOS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
Agradecimiento.....	8
INDICE DE TABLAS.....	12
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	12
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	15
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	16
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACION	16
OBJETIVO GENERAL:	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	17
1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	18
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	19
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	19
2.2 BASES TEORICAS Y DEFINICIONES CONCEPTUALES	22
PARTO PREMATURO.....	22
Definición	22
Clasificación (8)	23
Frecuencia	24
Incidencia de parto prematuro en Sullana	25

Perfil epidemiológico del parto prematuro	27
Factores de Riesgo.....	27
Clasificación (5)	31
Diagnóstico (31).....	31
Clínica	31
Historia Clínica	31
Especuloscopia.....	32
Cervicometría.....	33
Evaluación de laboratorio (32)	33
CAPITULO III: FORMULACION DE HIPOTESIS	34
CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	34
4.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	34
TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	34
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	34
4.2 POBLACION Y MUESTRA.....	35
1. UNIVERSO:.....	35
2. POBLACIÓN:	35
3. MUESTRA:.....	35
Selección de muestro.....	35
4.3 VARIABLES.....	36
4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	37
4.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	41
4.6 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	41
4.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	42
4.8 PRESUPUESTO	43
1. Recursos Humanos.....	43

2.	Recursos Materiales.....	43
3.	Recursos Financieros.....	44
4.9	ASPECTOS ETICOS.....	44
	CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	46
5.1	DESCRIPCION DE RESULTADOS	46
5.2	ANALISIS DE RESULTADOS.....	60
	CAPITULO VI: DISCUSION DE RESULTADOS	62
	CAPITULO VII: CONCLUSIONES	66
	CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....	68
	BIBLIOGRAFIA.....	69
	ANEXOS.....	73
	ANEXO 1:	73
	ANEXO 2:	74
	RECOLECCIÓN DE DATOS	75
	SOLICITUD PARA ACCEDER AL SIP Y REVISION DE HC	77
	MATRIZ DE CONSISTENCIA	78

INDICE DE TABLAS

- Tabla A-1: Número de nacimientos atendidos 2015
- Tabla A-2: Tasa de incidencia de prematuros 2015
- Tabla B-1: Número de nacimientos atendidos 2015
- Tabla B-2: Tasa de incidencia de prematuros 2015
- Tabla 1: Distribución de puérperas que ingresan por parto pretérmino
- Tabla 2: Distribución por grupo etario de puérperas por parto pretérmino
- Tabla 3: Características socio demográficas de puérperas por parto pretérmino
- Tabla 4: Antecedentes Gineco - Obstétricos en puérperas por parto pretérmino
- Tabla 5: Antecedentes en gestaciones previas:
- Tabla 6: Intercurrencias en la gestación
- Tabla 7: Patologías asociadas a la gestación
- Tabla 8: Eventos durante la gestación:
- Tabla 9: Estado del producto de la gestación:

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Figura A: Nacidos vivos según edad gestacional
- Figura B: Recién Nacido Pretérmino según categoría
- Figura 1: Prevalencia de partos pretérminos atendidos
- Figura 2: Distribución por grupo etario de puérperas por parto pretérmino
- Figura 3-1: Distribución según el estado civil de puérperas por parto pretérmino
- Figura 3-2: Distribución según el grado de instrucción de puérperas por parto pretérmino
- Figura 3-3: Distribución según la ocupación civil de puérperas por parto pretérmino

- Figura 4-1: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según la edad gestacional
- Figura 4-2: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según su gravidez
- Figura 4-3: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según su paridad:
- Figura 4-4: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según el número de CPN
- Figura 5: Distribución de las puérperas por parto pretérmino por su antecedente de aborto:
- Figura 6-1: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según el antecedente de ITU:
- Figura 6-2: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según el antecedente de
- Figura 7-1: Distribución según tipo de hemorragia de la 2 mitad de embarazo:
- Figura 7-2: Distribución según tipo de trastornos hipertensivos en la gestación:
- Figura 8-1: Distribución según tipo de eventos ocurridos gestación:
- Figura 8-2: Distribución según la cantidad de líquido amniótico:
- Figura 8-3: Distribución según presencia de embarazo múltiple:
- Figura 9-1: Distribución según la condición al nacer
- Figura 9-2: Distribución según el test de APGAR:
- Figura 9-3: Distribución según el peso al nacer

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino, pese a los años, continúa siendo un problema social que en muchas ocasiones no se puede evitar, el cual trae consecuencias médicas, psicológicas (separación madre-hijo) y repercusión económica. (1)

Esto trae problemas tanto para la madre como para el recién nacido, ya que el desarrollo del feto no se ha completado y la madre tiene alto riesgo de desarrollar un parto pretérmino posterior. Las consecuencias no solo son a corto sino también a largo plazo. Los neonatos pueden tener dificultad respiratoria, mayor riesgo de infecciones, dificultad para alimentarse, HIV, no termorregular su temperatura y muchas otras. Además éstos niños pueden padecer discapacidades físicas, deficiencias visuales y auditivas, neurológicas o de aprendizaje a lo largo de toda su vida.

Los hallazgos epidemiológicos señalan que existen factores que se asocian a mayor incidencia del parto prematuro y son la infección intrauterina, hemorragia decidual, estiramiento uterino excesivo y estrés materno o fetal. (2).

Durante el 2015, del total de nacidos vivos en el Perú, el 93,5% nacieron a término, el 6,5% nació Pretérmino y el 0,01% nació postérmino. Al año actual, pese que no se encuentran registros, las cifras son muy similares e incluso mayores.

Con el propósito de tratar de disminuir la incidencia del parto pretérmino, es importante conocer todos estos factores, debido a que los procesos patogénicos que conducen al parto pretérmino y el posterior desarrollo de intervenciones preventivas son objetivos principales de la investigación gineco-obstétrica.

Con el objetivo de conocer más acerca de la situación y las características epidemiológicos para parto pretérmino que prevalecen en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana es que se diseñó este trabajo.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El parto pretérmino continúa siendo uno de los mayores problemas en cuanto a morbilidad y mortalidad neonatal, pero ¿Éste se puede evitar?

Es una pregunta que si bien, suena simple, pues no es tan sencilla de responder como parece, ya que el parto pretérmino es producido por múltiples causas, muchas de las cuales a veces son desconocidas. Incluso en la actualidad, cada vez más aumenta el índice de parto pretérmino, esto debido a que por problemas ya sea por causa materna (preeclampsia, eclampsia) o por causa fetal (RCIU - Retardo de Crecimiento Intrauterino) se deba culminar la gestación antes de lo previsto, y también porque con el avance de la tecnología son cada vez más el número de embarazos que han sido concebidos artificialmente, teniendo como producto los embarazos múltiples, y como consecuencia, terminan muchos de éstos en partos pretérminos.

En la actualidad, Piura sigue siendo uno de los departamentos donde el porcentaje de parto pretérmino es elevado en comparación al porcentaje nacional. No se cuenta con estadísticas actuales en cuanto a parto pretérmino, pero el Boletín Estadístico de Nacimientos en el Perú del 2015 (3), nos revela que, en dicho año, el 6.5% de los nacimientos (1686 nacimientos) fueron pretérminos.

En Piura el porcentaje es similar, e incluso más elevado, siendo el 8% de los nacimientos, antes de las 37 semanas. Esto nos pone en un dilema, ya que nuestro departamento es uno de los que cuenta las tasas más altas, y lo que se quiere es reducir las cifras actuales que cada día van en aumento.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas que tuvieron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero diciembre 2017?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características epidemiológicas que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del hospital de apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero -diciembre 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017
2. Describir la historia obstétrica que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017.
3. Describir las principales enfermedades intercurrentes y complicaciones durante el embarazo que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017.
4. Describir la condición al nacer del neonato pretérmino hijo de puérpera del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

El parto pretérmino continúa siendo un problema clínico importante por su alto impacto social y económico. Aunque se continúan realizando estudios para aumentar los conocimientos acerca de la fisiopatología del trabajo de parto pretérmino, no se han descubierto intervenciones terapéuticas efectivas para disminuir el parto pretérmino espontáneo.

Se ha considerado que el parto pretérmino es un problema de salud pública por 3 razones principales: En primer lugar, por su incremento en los últimos 10 años. En segundo lugar, el nacimiento de un prematuro trae un importante impacto emocional a las familias y un alto costo a la comunidad, En tercer lugar, por su impacto en países en desarrollo y por grupos poblacionales como mujeres afroamericanas y las mujeres asiáticas (4,5)

Lo que se quiere lograr es determinar los factores relacionados al parto pretérmino, debido a que, en nuestro departamento, como lo habíamos nombrado anteriormente, el 8% de partos se da antes de las 37 semanas; y más aún en los hospitales que pertenecen al Seguro integral de Salud, que es donde más concurrencia de población presentan.

Así mismo el Hospital de Apoyo II-2 Sullana (HAS II – 2), es una institución con alto nivel de atención de gestantes con graves complicaciones gineco-obstétricas y es además uno de los centros de salud con más referencias de la región Piura, pese a ello, este hospital cuenta con escasos recursos lo cual dificulta la atención no solo materna sino también del neonato, que en caso de un nacimiento pretérmino podría requerirlos para ayudar a mejorar el pronóstico de esta problemática que cada día va aumentando.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

En la actualidad hay múltiples estudios que buscan determinar factores asociados al parto pretérmino, con el fin de buscar la reducción de éstos, sin embargo, aún no se han descubierto intervenciones terapéuticas efectivas para disminuir el parto pretérmino espontáneo.

Además, en algunos casos el parto pretérmino se produce de manera espontánea, y no se logra determinar la causa fundamental que desencadenó este evento.

Así mismo son muchas las gestantes que concurren a este nosocomio, haciendo que el número de partos en general aumenten, por lo tanto, también el de partos pretérminos, ya que este es una de las sedes de referencias más grandes que cuenta el Sistema Integral de Salud (SIS) en el norte del país.

Dentro de las limitaciones encontramos la dificultad para el acceso a los datos del Sistema Informativo Perinatal (SIP), ya que son varios los pasos previos que deben seguirse para que permitan acceder a esta información, lo cual retrasa el trabajo. Otro de los sesgos de este trabajo es que al ser un trabajo retrospectivo existe la posibilidad de que algunos datos sean erróneos, por ello se recomienda realizar un estudio prospectivo en donde el autor es el que se cerciora de que todos los datos sean verídicos.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

No es posible presentar una historia gineco-obstétrica ni mucho menos datos certeros que sean representativos de lo ocurrido en todo el mundo en la antigüedad.

Se asume que el parto en épocas remotas ocurría en forma solitaria, sin ayuda. En el siglo XVII el tema de la estrechez pelviana era preocupación en toda Europa. Por lo que, en 1609, Luisa de Bourgeois, fue la primera en aconsejar solucionarla con la inducción prematura del parto. En 1804, Wenzel realizó el primer parto prematuro artificial (6).

El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una elevada tasa. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. (7)

La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años (8) El parto prematuro es la principal causa de morbi-mortalidad neonatal. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. (9) Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se

relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante.

Sin embargo, la tasa de partos pretérminos ha crecido en los últimos años, esto debido a que hay un incremento de los partos indicados médicamente (especialmente por pre-eclampsia) y de los partos con embarazos múltiples concebidos artificialmente. En otros lugares con menor desarrollo han aumentados los nacimientos espontáneos producto de partos prematuros con o sin rotura prematura de membranas (RPM), por incremento de la infección bacteriana ascendente y de nuevos factores asociados detectados. (10).

El parto prematuro indicado ocurre por interrupción obligada de la gestación ante enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud de madre-niño. En muchos de estos casos, los datos clínicos maternos y datos de laboratorio suelen ser suficientes para diagnosticar el factor de riesgo ya que estas suelen ser comunes a varias enfermedades maternas y placentarias, las cuales tienen aporte al diagnóstico. Mientras que, en los partos espontáneos, como los datos clínicos y de laboratorio suelen ser imprecisos, el estudio placentario es determinante en la identificación del factor asociado pues se puede investigar la presencia de marcadores histológicos específicos como corioamnionitis aguda, funisitis aguda, hallazgos propios de la Infección Bacteriana Ascendente. El conocimiento de las condiciones asociadas con el parto prematuro permitirá establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento prematuro, su recurrencia y la morbilidad asociada.

En un estudio descriptivo y transversal de todos los nacimientos pretérmino que tuvieron lugar durante el 2013 en un Hospital de Cuba se concluyó que el parto prematuro con mayor predominio fue la categoría de leve (67,2 %), y el 41,0% del total de partos se produjo de forma espontánea. Aquí la enfermedad hipertensiva constituyó la principal causa

de su ocurrencia, seguida del síndrome de respuesta inflamatoria fetal. La mortalidad predominó en 63,6 % de los neonatos con prematuridad moderada en la serie. (11)

En el 2015 se realizó en EEUU un estudio de casos y control, “Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration” encontraron que la relación entre la edad materna y la raza de una mujer tiene un riesgo para parto pretérmino; por ejemplo, las tasas de nacimientos pretérminos en los Estados Unidos son más altas entre las mujeres de <20 y > 35 años de edad y entre las madres negras no hispanas, seguido de indios americanos o nativos de Alaska, hispanos, hispanos no blancos, asiáticos e isleños del Pacífico. (12)

Ese mismo año, en el 2015 en el Instituto Nacional Materno Perinatal se realizó un estudio en el periodo enero -junio del 2015, basado en la revisión de 150 historias clínicas de gestantes que presentaron un parto pretérmino y 300 historias clínicas de gestantes que presentaron parto a término, en el cual concluyeron que el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. (13)

En el parto prematuro están involucrados además de los determinantes biológicos, los que son responsabilidad del sector salud y los que son responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos. (14)

En el año 2016 nacieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal 22,337 niños de los cuales el 9.8% fueron prematuros. “Algunos de estos niños pesaron al nacer menos mil quinientos gramos y otros pesaron menos de mil gramos, según informó el director general del INMP, Enrique Guevara Ríos. (15)

En el 2016 se realizó un estudio en el Hospital María Auxiliadora en Lima, acerca de los factores de riesgo asociado a parto pre término donde

concluyeron que la edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo y son factores de riesgo para parto pretérmino. (16)

En Neonatología del INMP durante el 2016 se ha tenido 4523 egresos de los cuales el 11.8% egresó de la Unidad de Cuidados Intensivos (619), 10% han sido prematuros (523), 6.6% de bajo peso al nacer menor de 2500 gr.(365). La tasa de mortalidad neonatal es de 11.5 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad neonatal precoz 9.2 por 1000 nacidos vivos. (17)

En el 2017 se realizó un estudio de casos y controles conformada por 54 gestantes de parto pretérmino que acudieron al Hospital San Bartolomé en el año 2016, concluyó que la falta de instrucción, la nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas. (18)

2.2 BASES TEORICAS Y DEFINICIONES CONCEPTUALES

PARTO PREMATURO

Definición

En 1935, la American Academy of Pediatrics definió la prematuridad como: “Un niño nacido vivo con un peso de 2.500 g o menor.”

En 1977, la OMS, define el Nacimiento Prematuro como “La expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción que pesa al menos 500 g y que tras dicha separación respira o manifiesta cualquier otro signo de vida”. Sí se desconoce el peso, se considera un tiempo de gestación de al menos 22 s.g. o una talla de al menos 25 cm en el momento del nacimiento. Por consiguiente el parto

premature puede definirse como cualquier nacimiento que se produzca después de la 22 s.g., de un niño de más de 500 g y antes de las 37 s.g. cumplidas.

La sección de Medicina Perinatal de la SEGO (Sociedad Española de Gineco-Obstetricia) ha llegado al consenso de considerar como pretérmino a todo recién nacido vivo o muerto, de más de 21 semanas de gestación (por tanto de 22 s.g.) o de un peso igual o superior a los 500 g. Por debajo de estos límites, se considera que el producto de la gestación, al menos a efectos estadísticos, sería un aborto. (19) (20)

En la actualidad, según las recomendaciones de la OMS, se considera nacido pretérmino: «aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer». (8)

Clasificación (8)

La OMS clasifica a los partos prematuros en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos: Menos de 28 semanas (menos 196 días).
- Muy prematuros: De 28 a 31.6 semanas (196-223 días).
- Prematuros moderados a tardíos: De 32 a 36.6 semanas (224-258 días).

Otro concepto de interés es el de peso bajo, muy útil desde el punto de vista epidemiológico y clínico:

- Nacidos de bajo peso al nacer: aquellos cuyo peso al nacer es inferior a 2.500 g.
- Nacidos de muy bajo peso: aquellos cuyo peso al nacer es inferior a 1.500 g.
- Nacidos de peso extremadamente bajo al nacer: aquellos cuyo peso al nacer es inferior a 1.000 g.

Frecuencia

Según la nota descriptiva de la OMS, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros la cual está aumentando.

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes.

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (8)

En el Perú, durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron A término (> 37 a 42 semanas), el 6,5% nació Pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Postérmino (>42 semanas). De los cuales aproximadamente el 6% de nacimientos se dan entre las 32 y 36 semanas, y el 1% entre las 27 a 31 semanas y <1% entre las 22 y 27 semanas. (3)

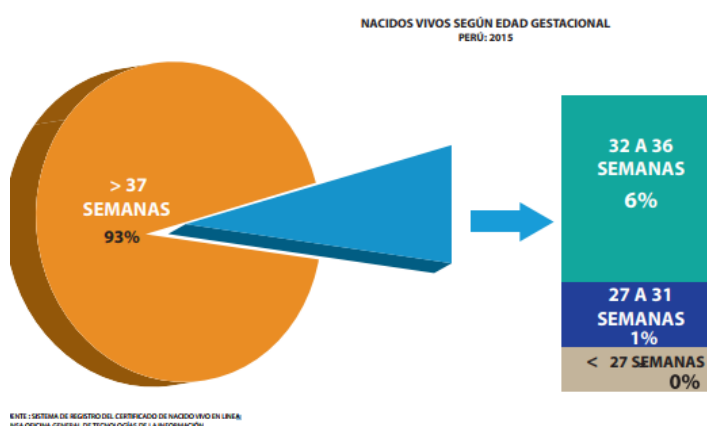


Figura A: Nacidos vivos según edad gestacional

De los 27 mil 1 nacidos prematuros vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación).

El mayor porcentaje de recién nacidos pretérmino se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación.

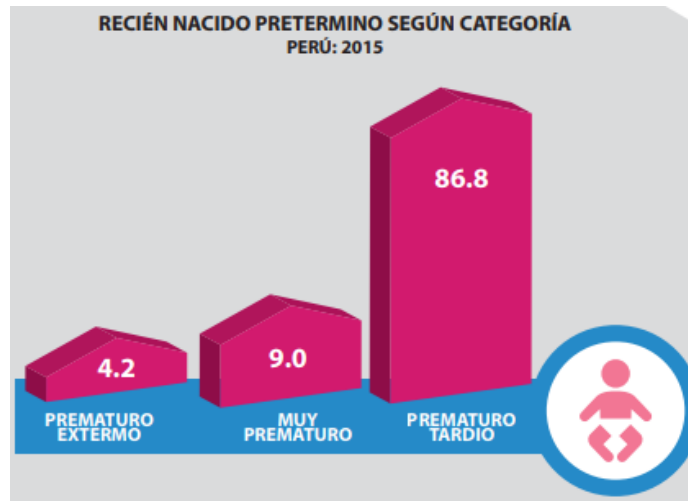


Figura B: Recién Nacido Pretérmino según categoría

En las regiones se observa el mismo comportamiento que en el nacional, más del 90% de los nacimientos se dieron a partir de la semana 37, mientras que el mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32-36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%.

Por otro lado, el 1,2% de los nacidos vivos en la región Piura presentaron una edad gestacional menor a las 31 semanas, asimismo, el 1,1% de los nacidos vivos en La Libertad, Tumbes, Ancash y Lambayeque y el 1% de los nacidos en las regiones de Tacna, Junín y Callao. Con porcentajes menores al 1% se produjeron los nacimientos de neonatos prematuros con menos de 31 semanas de gestación. (21)

Incidencia de parto prematuro en Sullana

En los 3 últimos años en Sullana se ha determinado que la incidencia de partos ha disminuido, pero los partos prematuros continúan teniendo un porcentaje relevante en la sociedad.

En el 2015, en el anuario estadístico (22) del Hospital de Apoyo II – 2 Sullana se observó que en dicho año se atendieron 2826 partos, de los cuales 434 fueron prematuros teniendo una tasa de incidencia de prematuridad de 153.57 por cada 1000 partos.

Tabla A-1: Número de nacimientos atendidos 2015

Nº DE ATENDIDOS	2015											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PARTOS	383	329	295	353	358	339	336	349	359	339	298	318
PARTOS GEMELARES	4	4	3	7	3	5	10	6	5	2	2	7
NACIMIENTOS	350	271	269	313	321	298	318	313	318	307	281	293
RECEN NACIDOS VIVOS	345	264	261	307	317	291	312	305	309	300	275	286
OBITOS	4	6	8	5	3	7	3	5	9	6	5	7
NATI-MUERTOS	1	1	0	1	1	0	3	3	0	1	1	0
TOTAL DE NACIMIENTOS ATENDIDOS	1087	875	836	986	1003	940	982	981	1000	955	862	911

Tabla A-2: Tasa de incidencia de prematuros 2015

	2015											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Nº DE RECEN NACIDOS VIVOS CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 37 SS EN EL HOSPITAL	50	50	46	43	23	32	46	29	36	28	24	27
Nº TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN EL HOSPITAL	350	271	269	313	321	298	318	313	318	307	281	293
TASA DE INCIDENCIA DE PREMATURIDAD	142.86	184.50	171.00	137.38	71.65	107.38	144.65	92.65	113.21	91.21	85.41	92.15

Durante el 2016, según la información presentada en el anuario de dicho año (23), podemos observar que en ese año se atendieron 3580 partos, de los cuales 441 fueron prematuros, teniendo una tasa de incidencia de 123.18 por cada 1000 partos

Tabla B-1: Número de nacimientos atendidos 2016

Nº DE ATENDIDOS	2016												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
PARTOS GEMELARES	1	3	4	4	2	3	1	4	3	5	5	8	42
RECEN NACIDOS VIVOS	282	305	325	325	383	275	297	301	278	295	239	311	3616
OBITOS	7	4	10	6	11	0	2	2	1	2	6	9	53

Fuente: Departamento de Pediatría
Elaboración: Área de Estadística y Registros Médicos

Tabla B-2: Tasa de incidencia de prematuros 2016

	2016											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Nº DE RECEN NACIDOS VIVOS CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 37 SS EN EL HOSPITAL	31	32	47	50	38	48	28	28	22	26	32	59
Nº TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN EL HOSPITAL	282	305	325	325	383	275	297	301	278	295	239	311
TASA DE INCIDENCIA DE PREMATURIDAD	10.99	10.49	14.46	15.38	9.92	17.45	9.43	9.30	7.91	8.81	13.39	18.97

Fuente: Departamento de Pediatría
Elaboración: Área de Estadística y Registros Médicos

En el 2017, la incidencia de partos disminuyó debido a que se empezaron a referir a las gestantes a sus centros de salud correspondientes para la atención del parto, sin embargo aún hay una tasa significativa de partos pretérmino, el cual veremos más adelante.

Perfil epidemiológico del parto prematuro

La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años (24) y constituyen factores de riesgo de los nacimientos prematuros la obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, la edad de las madres (40 años), los embarazos múltiples y los embarazos demasiados seguidos, entre otros.

Los partos pretérmino representan un alto porcentaje en cuanto a morbi-mortalidad neonatal, esto es aún más grave en neonatos con prematuridad extrema, de los cuales hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral)

Factores de Riesgo

El mecanismo del parto en la especie humana es aún desconocido en su totalidad y por tanto existen múltiples teorías y factores que podrían desencadenar un trabajo de parto prematuro.

Probablemente ocurre cuando los factores uterinos locales estimulan prematuramente esta cascada o los factores supresores que inhiben la cascada y mantienen la quiescencia uterina se retiran prematuramente.

El parto prematuro es resultado de un trabajo de parto espontáneo en casi 50% de los casos, ocurre después de la rotura prematura de membranas en 30%, y es iatrogénico (por complicaciones maternas o fetales) en el 20% restante. (25)

Idealmente, la identificación de factores de riesgo modificables y no modificables para parto pretérmino antes de la concepción o al principio

del embarazo conducirá a intervenciones que ayudan a prevenir esta complicación.

Entre los factores que podrían desencadenar el parto pretérmino se encuentran:

- Antecedente de Parto pretérmino: El antecedente de parto prematuro es un factor de riesgo importante para que se presente un nuevo parto prematuro en gestaciones subsecuentes. Se ha reportado que este riesgo se correlaciona con el número de partos prematuros anteriores, y tiende a incrementarse fuertemente a menor edad del parto prematuro anterior (< de 32 semanas). Éste es el principal factor de riesgo de recurrencia, y las recurrencias a menudo ocurren a la misma edad gestacional. Las mujeres en mayor riesgo son aquellas con:
 - Sin embarazo a término entre el parto pretérmino anterior y el embarazo actual
 - Un historial de múltiples partos pretérminos.
- Alteraciones uterinas: entre el 1- 3% de las pacientes con parto pretérmino presentan una malformación uterina , siendo las mas frecuentes el útero bicornue y el útero tabicado. Así mismo, la incompetencia de cuello uterino y disminución de la longitud cervical en el segundo trimestre predice el nacimiento prematuro espontáneo, y el riesgo aumenta a medida que disminuye la longitud cervical. (26)
- Factores Genéticos: Un análisis masivo de ADN de mujeres embarazadas ha revelado seis regiones de genes que influyen en la duración del embarazo (*loci EBF1, EEFSEC, AGTR2, WNT4, ADCY5 y RAP2C*) y el momento del nacimiento mientras que cuando comúnmente ocurren las variantes de tres de estos genes

también tienen una influencia en la probabilidad de parto prematuro (*loci EBF1, EEFSEC y AGTR2*). (27)

- Factores Demográficos y Sociales: Como la edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel socioeconómico bajo
- Patología de la placenta: los casos de parto pretérmino son más frecuente en pacientes con placenta previa o abrupcio de placenta. De igual forma se encuentra asociado a RCIU por lo que se considera que la insuficiencia placentaria podría ser uno de los factores desencadenantes del parto pretérmino
- Ruptura de membranas: se considera que en el 20 – 30 % de los partos pretérmino cursan con una corioamnionitis y que puede ser la causa a su vez de la ruptura de membranas
- Infección: están asociados como una de las causas más frecuentes como desencadenante del trabajo de parto pretérmino y finalmente del parto pretérmino, entre las infecciones que se han relacionado se incluyen la infección del tracto urinario, infección intramniotica, corioamnionitis y enfermedad pélvica inflamatoria. Se han confirmado que los procesos infecciosos por *Chlamydia trachomatis* es uno de los microorganismos relacionados con el parto pretérmino.
- Edades extremas: (menores de 20 años o mayores de 35 años)
- Raza negra: la incidencia de parto premature en las poblaciones de origen afro caribeño es mayor en casi el doble
- Tabaquismo: el riesgo relativo es de 1,3 respecto a las no fumadoras
- Trastornos médicos crónicos: los trastornos médicos maternos crónicos pueden asociarse con complicaciones maternas o fetales que requieren parto pretérmino médicamente indicado, así como un mayor riesgo de parto pretérmino. Los ejemplos incluyen

mujeres con hipertensión, insuficiencia renal, diabetes mellitus tipo 1, algunas enfermedades autoinmunes y anemia no fisiológica.

- Embarazo Múltiple: en los embarazos dobles la tasa de nacimientos prematuros es del 5-10 % y en los embarazo triples es del 30 % en comparación con los embarazos únicos que corresponde al 2%. (28)
- Desnutrición materna: las pacientes gestantes con índices de masa corporal menor de 19 kg /m² tiene el doble de probabilidad de presentar un parto prematuro
- Empleo- esfuerzo físico: los resultados de los estudios son confusos por lo que se han considerado que pueden ser influenciados o sesgados por otras variables como la edad entre otros.
- Anemia: En un estudio realizado en el INMP durante el 2015 se concluyó que la anemia en el tercer trimestre aumenta 4 veces más el riesgo de presentar el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre Junio a Diciembre 2015. (29)
- Hemorragia Vaginal en el Embarazo Temprano: La hemorragia precoz del embarazo a menudo se debe a una hemorragia decidual y se asocia con un aumento del riesgo tanto del parto pretérmino espontánea como la indicada posterior. En un gran estudio basado en datos de registro, los embarazos con hemorragia en el primer trimestre tenían un mayor riesgo de ruptura prematura de membranas, desprendimiento de la placenta y preeclampsia grave. (30)

Clasificación (5)

Es por esto que otros autores han clasificado el parto pretérmino en 3 categorías que corresponden a:

- El iatrogénico: el médico decide finalizar el embarazo con el fin de prevenir el deterioro materno y el sufrimiento fetal secundario a una patología
- Espontáneos en el que por causas relacionadas con la infección, el trauma, o distensión uterina se desencadena
- Idiopáticos sin causa aparente

Diagnóstico (31)

Identificar a las mujeres con contracciones prematuras que realmente darán a luz prematura es un proceso inexacto, a pesar de que el trabajo de parto prematuro es uno de los motivos más comunes de hospitalización de mujeres embarazadas; sin embargo es necesaria detectarla a tiempo para la aplicación de algunas intervenciones como terapia con corticosteroides prenatales, profilaxis de infección por estreptococos del grupo B, sulfato de magnesio para la neuroprotección, y la transferencia a un centro de complejidad apropiado (si es necesario).

Clínica

Los hallazgos clínicos del trabajo de parto verdadero (es decir, contracciones más cambio cervical) son los mismos ya sea que el parto ocurra a término o a término, pues consiste en identificar las contracciones uterinas de suficiente intensidad y frecuencia para producir progresivamente borramiento y dilatación del cuello uterino entre las 20 y 37 semanas de gestación

Historia Clínica

- Revisión del historial obstétrico y médico pasado y presente del paciente, incluidos los factores de riesgo de parto prematuro
- Evaluación de la edad gestacional, basada en la mejor estimación del primer examen de ultrasonido. Si no se dispone de una

estimación previa por ultrasonido de la edad gestacional, se debe realizar una ecografía para la biometría fetal para ayudar a estimar la edad gestacional.

- Evaluación de los signos y síntomas del trabajo de parto prematuro
- Signos vitales maternos (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria).
- Revisión del patrón de frecuencia cardíaca fetal.
- Evaluación de la frecuencia, duración e intensidad de la contracción.
- Examen del útero para evaluar la firmeza, la sensibilidad, el tamaño fetal y la posición fetal.

Especuloscopia

- Estimar la dilatación cervical. La dilatación cervical ≥ 3 cm apoya el diagnóstico de parto prematuro.
- Evaluar la presencia y la cantidad de sangrado uterino. El sangrado por desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa puede desencadenar un parto prematuro.
- Evaluar el estado de la membrana fetal (intacta o rota) mediante métodos estándar. La rotura prematura de membranas prematura (PPROM) a menudo precede u ocurre durante el trabajo de parto prematuro.
- Obtenga una muestra de líquido cervicovaginal en caso de que se desee realizar una prueba de fibronectina fetal (fFN) La fibronectina fetal cervicovaginal (fFN) puede ser un biomarcador útil para predecir el parto pretérmino dentro de los 7 a 14 días en mujeres con contracciones y dilatación y borramiento cervicales leves, particularmente cuando se combina con evaluación ecográfica de la longitud cervical y cuando se dispone de una medición cuantitativa. El valor predictivo de fFN para parto pretérmino más de 14 días después de la prueba es pobre.

Cervicometría

La evaluación del ultrasonido transvaginal (TVU) de la longitud cervical en el segundo trimestre se puede utilizar para hacer el diagnóstico de insuficiencia cervical en mujeres con factores de riesgo. Solo se necesita un examen cervical digital en pacientes con dilatación cervical avanzada.

Evaluación de laboratorio (32)

- Cultivo estreptocócico rectovaginal del grupo B si no se realizó dentro de las cinco semanas previas; la profilaxis antibiótica depende de los resultados.
- Cultivo de orina, ya que la bacteriuria asintomática se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro y nacimiento.
- Pruebas de drogas en pacientes con factores de riesgo para el abuso de sustancias, dado el vínculo entre el consumo de cocaína y el desprendimiento de la placenta.
- Fibronectina fetal (FFN) en mujeres <34 semanas de gestación con dilatación cervical <3 cm y longitud cervical de 20 a 30 mm en el examen de ultrasonido transvaginal.
- Las pruebas de infecciones de transmisión sexual (p. Ej., Clamidia, gonorrea) dependen de los factores de riesgo del paciente para estas infecciones y, si está indicado, si se realizaron recientemente pruebas de anteparto.

CAPITULO III: FORMULACION DE HIPOTESIS

El presente trabajo no precisa de hipótesis por ser un trabajo descriptivo

CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Por la interferencia del investigador: Observacional
- Por su alcance temporal: Retrospectivo
- Por su técnica de contrastación: Descriptivo
- Por la secuencia del estudio: Transversal

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que presentaron parto pretérmino

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que presentaron parto pretérmino con Carnet perinatal incompleta
- Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que presentaron parto pretérmino con FUR no confiable y sin ecografía médica del primero y/o segundo trimestre

4.2 POBLACION Y MUESTRA

1. UNIVERSO:

Puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017

2. POBLACIÓN:

Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana y que presentaron parto pretérmino durante 01 al 31 de diciembre 2017

3. MUESTRA:

Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana y que presentaron parto pretérmino durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que cumplan con los criterios de inclusión / exclusión.

Selección de muestro

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

- **n**: Es el tamaño de la muestra
- **N**: tamaño de la población = 348
- **z**: Desviación estándar (95% = 1,96)
- **p**: probabilidad de ocurrencia del suceso (50%)
- **q**: probabilidad de no ocurrencia del suceso (1-p)
- **e**: margen de error o precisión (0.05)

$$n = \frac{1,96^2 (0.5) \cdot (0.5) \cdot 349}{(349 - 1) \cdot 0.05^2 + 1,96^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

Obteniéndose como resultado **183**

4.3 VARIABLES

Variable dependiente:

Parto pretérmino

Variables independientes:

Sociodemográficas

1. Edad materna
2. Estado Civil
3. Grado de instrucción
4. Ocupación

Historia Obstétrica

5. Edad Gestacional
6. Gesta
7. Paridad
8. Ant. Abortos
9. Antecedentes de Parto Pretérmino
10. Controles prenatales

Intercurrencias en la gestación

11. Infección del Tracto Urinario
12. Vulvovaginitis
13. Anemia

15. Hipertensión Inducida por la Gestación
16. Ruptura Prematura de Membranas
17. Polihidramnios
18. Retardo del Crecimiento Intrauterino
19. Embarazo múltiple

Complicaciones en la gestación

14. Hemorragia de 2 mitad de embarazo

Condición al nacer

20. COndición al nacer
21. APGAR de RN
22. Peso al nacer

4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Parto pretérmino	El parto pretérmino se refiere a un parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación o ecografía realizada en la primera mitad del embarazo.	Ocurrencia del parto antes de las 37 semanas de gestación por FUR o Ecografía del 1 o 2 trimestre	- Si - No
Edad materna	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta momento de su parto	Número de años registrados en el carnet perinatal	- ≤ 19 años - 20 – 34 años - ≥ 35 años
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	Estado Civil registrada en el carnet perinatal	- Soltera - Casada - Conviviente - Otro
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Nivel de estudios registrado en el carnet perinatal	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior no universitario - Superior universitario
Ocupación	Clase de actividad o trabajo que efectúa una persona durante un período determinado	Actividad que la paciente realiza según el carnet perinatal	- Estudiante - Ama de casa - Comerciantes - Otros
Edad gestacional	Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición	Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha del parto, registrada en el carnet perinatal	- 22 – 27.6 semanas - 28 – 31.6 semanas - 32-36.6 semanas

Gestaciones	Número total de embarazos incluido el actual	Número total de embarazos registrado en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - ≥ 3
Paridad	Número total de partos de un feto viable (> 22 semanas de gestación)	Número total de partos registrado en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - 0 - 1 - 2 – 5 - ≥ 6
Antecedente de aborto	Historia previa de interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o que el producto haya pesado menos de 500 gr.	Ocurrencia de aborto previo registrado en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Antecedentes de Parto pretérmino	Historia previa de gestación que culminó antes de cumplir las 37 semanas por FUR o Ecografía.	Ocurrencia de parto pretérmino previo registrado en carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Número de controles prenatales (CPN)	Número total de veces que la paciente se ha realizado un CPN en un centro de salud	Número total de CPN registrados en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - ≤ 5 - ≥ 6
ITU	Una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo debido a las modificaciones anatómicas y funcionales de la gestante.	Presencia de ITU registrada en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Previa - Actual
Vulvovaginitis	Inflamación de la mucosa vaginal y/o mucosa vulvar por el aumento de las secreciones fisiológicas y patológicas de las gestantes.	Presencia de vulvovaginitis registrada en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
Anemia	Es la disminución de la cantidad de hemoglobina durante el periodo grávido puerperal. Se considera anemia si Hb < 11 g/dl en el I y III trimestre y Hb < 10.5 g/dl en II trimestre.	Presencia de anemia según valor de Hb registrada en el carnet perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Sangrado transvaginal en una mujer con más de 22 semanas de gestación.	Causa de hemorragia de la segunda mitad del embarazo registrada en el carnet perinatal	- Placenta previa Desprendimiento prematuro de placenta - Rotura uterina - Ninguno
Trastornos Hipertensivos del embarazo	Trastorno que se presenta durante la gestación, parto o puerperio que se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales a valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg.	Cualquier forma de hipertensión relacionada con el embarazo, registrada en el carnet perinatal.	- Hipertensión gestacional -Preeclampsia/-Eclampsia -Hipertensión crónica HT crónica con preeclampsia sobreagregada - Ninguna
RPM	Es la rotura de las membranas antes del inicio del trabajo de parto.	Rotura de membranas horas antes del ingreso al establecimiento registrado en carnet perinatal	- No - Si
Cantidad de líquido amniótico	Volumen de líquido amniótico alrededor del feto antes de que este nazca.	Presencia excesiva o deficiente de líquido amniótico registrado en carnet perinatal	- Polihidramnios - Oligohidramnios - Normal
RCIU	Es el retraso del crecimiento del feto, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 3 esperado para la respectiva edad gestacional o peso debajo del percentil 10 + redistribución de flujos demostrados ecográficamente	Retraso de crecimiento por debajo de percentil 3 registrado en carnet perinatal	- No - Si
Embarazo múltiple	Embarazo en que se desarrollan	Presencia de dos o más fetos en	- Doble - Triple

	simultáneamente dos o más fetos en la cavidad uterina.	cavidad uterina según el carnet perinatal	- Cuádruple - Único
Condición al nacer	Estado que presenta el recién nacido inmediatamente al momento del parto	Valoración de situación del recién nacido al momento del parto	- RN vivo - RN óbito
Test de APGAR	Evaluación rápida del estado general de salud del RN inmediatamente después del nacimiento. Se utiliza la escala de APGAR	Puntaje APGAR al minuto y al 5 minuto de vida	Sin depresión Dep. Mod: 4-6 Dep. Severa: ≤ 3
Peso al nacer	Es el peso que le toman al neonato inmediatamente después de haber nacido.	Peso del neonato registrado en el carnet perinatal	≥ 2500 1500-2499 1000-1499 <1000

Variable	Tipo	Escala de Medición
Parto pretérmino	Cualitativa	Nominal
Edad	Cuantitativa	De razón
Estado civil	Cualitativa	Nominal
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Cualitativa	Nominal
Edad gestacional	Cuantitativa	De razón
Gestaciones	Cuantitativa	De razón
Paridad	Cuantitativa	De razón
Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal
Antecedente de parto pretérmino	Cualitativa	Nominal
Número de controles prenatales	Cuantitativa	De razón
ITU	Cualitativa	Nominal
Vulvovaginitis	Cualitativa	Nominal
Anemia	Cualitativa	Nominal
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Cualitativa	Nominal
Trast. inducidos embarazo	Cualitativa	Nominal
RPM	Cualitativa	Nominal

Volumen de liq. amniótico	Cualitativa	Nominal
RCIU	Cualitativa	Nominal
Embarazo múltiple	Cualitativa	Ordinal
Condición al nacer	Cualitativa	Nominal
Test de APGAR	Cuantitativa	Ordinal
Peso al nacer	Cuantitativa	De intervalo

4.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- Ficha de pre – selección de historias clínicas (Anexo 1)
- Ficha de recolección de datos (Anexo 2).
- Computadora y software MICROSOFT EXCEL 2016, EPI INFO 7.2 Y SPSS 24.0 para el procesamiento de los datos.

4.6 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

- Se presentará una solicitud al director del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, quien le transferirá al jefe de la unidad de investigación y posteriormente al jefe del Dpto. de Gineco- Obstetricia para proceder a la realización del estudio y para tener acceso al Sistema Informativo Perinatal y posteriormente las historias clínicas del archivo.
- Revisar los libros de registros del Servicio de Gineco – Obstetricia para obtener el número de las historias clínicas.
- Revisar el Sistema Informativo Perinatal (SIP) para obtención de datos del Carnet perinatal.
- Revisión de las Historias Clínicas para obtener el Carnet perinatal - aplicando los criterios de inclusión y de exclusión, y posterior toma de los datos de interés para el estudio llenando las fichas de recolección.
- Tabulación y Procesamiento de los datos con análisis de las variables, Se confeccionará una base de datos para su procesamiento estadístico con el sistema SPSS versión 24 para Windows y Excel 2016.

4.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Enero						Febrero				Marzo			
	Días						Semanas				Semanas			
	5	8	13	15	18	23	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase Planificación														
Formulación de Proyecto	x	x												
Revisión de Proyecto por el asesor	x	x	x	x										
Revisión y aprobación. Del proyecto					x	x								
Fase Ejecución														
Prueba y ajuste de instrumental						x								
Recopilación de datos							x	x						
Tabulación y organización de datos									x					
Análisis e interpretación de datos										x	x			
Redacción de informe de investigación											x	x		
Fase Evaluación													x	
Revisión y aprobación de informe												x	x	
Publicación y difusión														x

4.8 PRESUPUESTO

1. Recursos Humanos

El personal que participará en el desarrollo del presente proyecto será:

- Médico asesor quien me guiará y brindará sus críticas y consejos durante el desarrollo del proyecto.
- Profesor estadístico que me ayudará con el manejo estadístico.

2. Recursos Materiales

a) Infraestructura:

Se solicitará al director Hospital de Apoyo II-2 Sullana, al jefe del Dpto. de Gineco- Obstetricia y al jefe del Dpto. de Estadística que nos brinde las instalaciones para el desarrollar del proyecto.

b) Materia prima:

Los materiales para las fichas impresas, y otros útiles necesarios para la recolección de datos, se obtendrán de los recursos propios.

3. Recursos Financieros

Presupuesto estimado

ITEM	UNID.	CANT.	P.UNIT.	TOTAL
Servicios				
✓ Energía eléctrica	KW	270	S/. 0.36	S/. 97.2
✓ Internet	mes	3	S/.50.00	S/.150.00
✓ Movilidad				
○ Sullana	pasaje	20	S/ 15.00	S/300.00
○ UNP	pasaje	30	S/ 3.00	S/90.00
✓ Anillado		3	S/.5.00	S/.15.00
✓ Empastado		3	S/.10.00	S/.30.00
Materiales				
✓ Hojas A-4	½ Millar	4	S/.12.00	S/. 48.00
✓ Tinta negra	Cartucho	2	S/.35.00	S/. 70.00
✓ Tinta de color	Cartucho	2	S/.50.00	S/.100.00
TOTAL				S/.900.2

4.9 ASPECTOS ETICOS

1. Propósito del proyecto

Describir las características epidemiológicas que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del hospital de apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero -diciembre 2017.

2. Procedimiento

Este estudio consiste en un estudio retrospectivo, en donde se revisará el SIP y posteriormente las historias clínicas para corroborar datos, y se obtendrán datos de las puérperas con diagnóstico de parto pretérmino. Se confeccionará una base de datos para su procesamiento estadístico. Para la descripción de variables

categorías se utilizará la frecuencia expresada en porcentajes y para las variables cuantitativas, indicadores como el promedio con su respectiva tabulación y gráfica.

3. Beneficios

Los resultados contribuirán con el conocimiento de la situación de la salud materno – perinatal del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, y de esta problemática que está aumentando en frecuencia, con lo cual se podrá implementar políticas que ayuden a prevenirla.

4. Riesgo

Al tratarse de un estudio retrospectivo donde no se manipulan variables, no genera riesgo para las pacientes.

5. Confidencialidad

El presente trabajo que respeta la identidad de cada paciente por tal motivo no se tomarán sus nombres, sino se identificarán por el número de HC. Además los datos obtenidos se utilizarán solo con fines académicos

CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

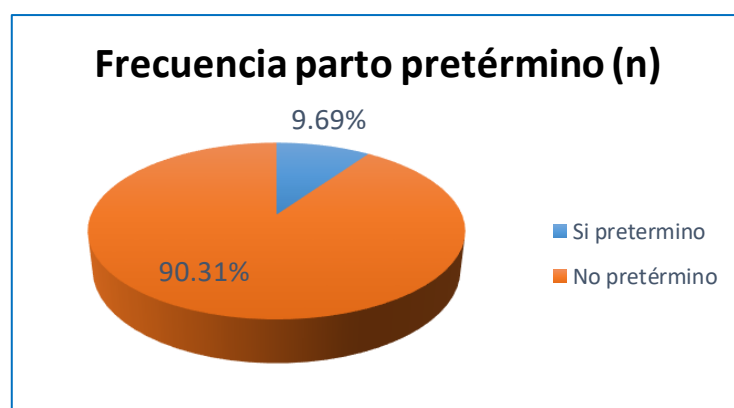
5.1 DESCRIPCION DE RESULTADOS

Durante el período de estudio, comprendido desde 01 enero del 2017 al 31 diciembre del 2017 en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se registraron 3591 partos de los cuales 348 fueron pretérmino.

Tabla 1: Distribución de puérperas que ingresan por parto pretérmino al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, durante el periodo Enero 2017 a Diciembre 2017.

Parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	348	9.69%
No	3243	90.31%
Total	3591	100%

Figura 1: Prevalencia de partos pretérminos atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero del 2017 al 31 de diciembre 2017



Tasa de prevalencia de parto pretérmino en puérperas

$$X = \frac{\# \text{ de puérperas por parto pretérmino}}{\# \text{ total de puérperas durante el periodo de estudio}} \times 1000 \text{ partos}$$

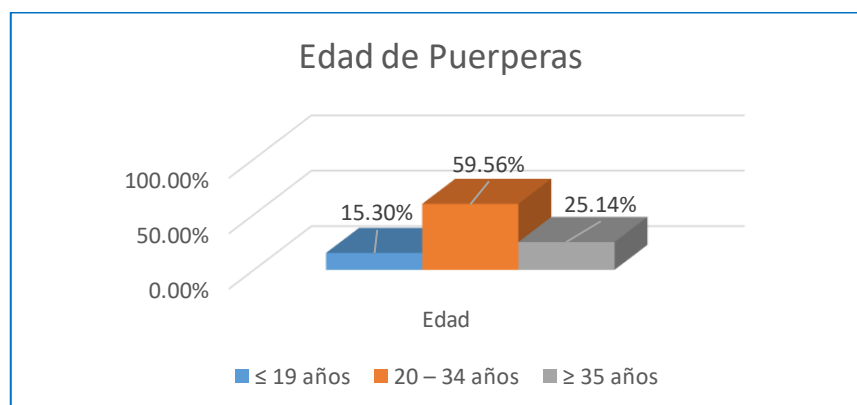
$$X = 96.9 \times 1000 \text{ partos}$$

Respecto a la edad de las pacientes que presentaron parto pretérmino, ésta estuvo comprendida entre los 15 y 42 años, con una edad media de 28.5 años ($DE \pm 7.8$); 15.3% ($n = 28$) tuvo una edad igual o menor de 19 años; 59.56% ($n = 109$) entre 20 y 34 años y 25.14% ($n = 46$) igual o mayor de 35 años. Como se observa el grupo de 20 y 34 años es el grupo etario más afectado, sin embargo las puérperas añosas representan un porcentaje considerable (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución por grupo etario de puérperas por parto pretérmino

Edad de Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media (\bar{x}) \pm Desviación estándar (DE)
- ≤ 19 años	28	15.30 %	28.5 \pm 7.8
- 20 – 34 años	109	59.56 %	
- ≥ 35 años	46	25.14 %	

Figura 2: Distribución por grupo etario de puérperas por parto pretérmino



Las características socio - demográficas más importantes que se incluyeron en el estudio fueron: estado civil, grado de instrucción y ocupación (Tabla 3).

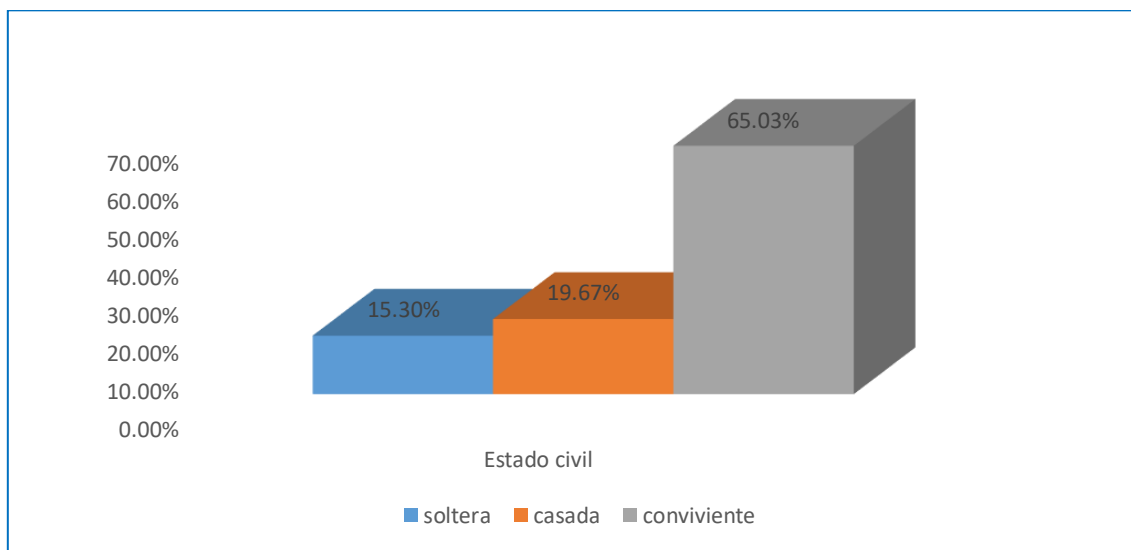
Tabla 3: Características socio demográficas de puérperas por parto pretérmino

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estado civil		
- Soltera	28	15.30
- Casada	36	19.67
- Conviviente	119	65.03

Grado de instrucción		
- Analfabeta	2	1.09
- Primaria	44	24.04
- Secundaria	103	56.28
- Superior no universitario	22	12.02
- Superior universitario	12	6.56
Ocupación		
- Estudiante	25	13.66
- Ama de casa	154	84.15
- Comerciantes	0	0.00
- Profesora	4	2.19

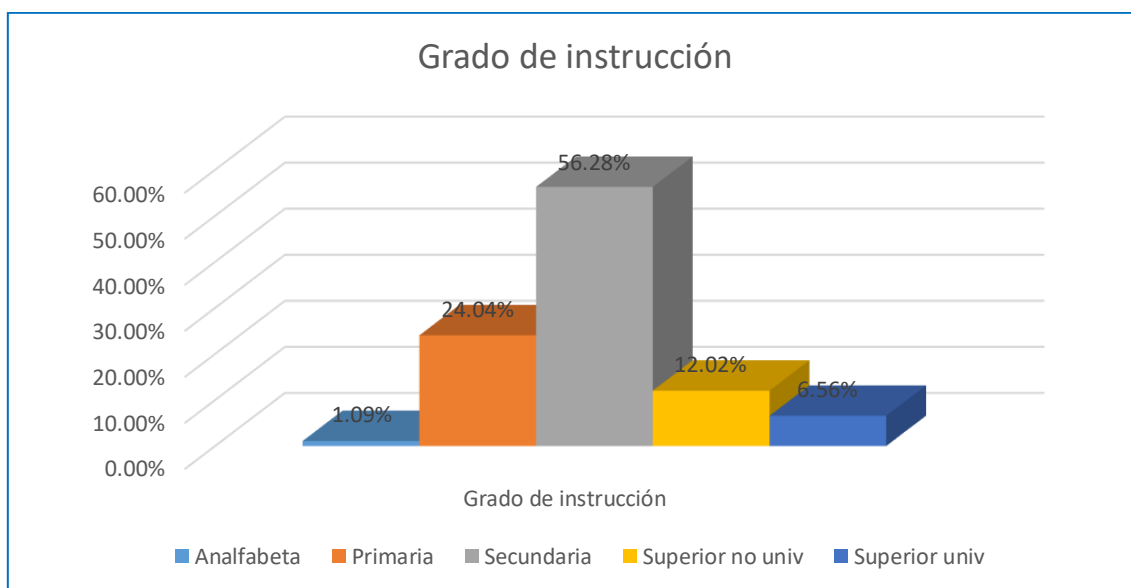
Al analizar el estado civil, de las 183 pacientes; el 65,03% (n=119) pertenecía al grupo de convivientes, el 19,67% (n=36) al grupo de casadas, y el 15,30% (n=28) al grupo de solteras: siendo el grupo de las convivientes el de mayor frecuencia (Tabla 3 y Figura 3-1).

Figura 3-1: Distribución según el estado civil de puérperas por parto pretérmino



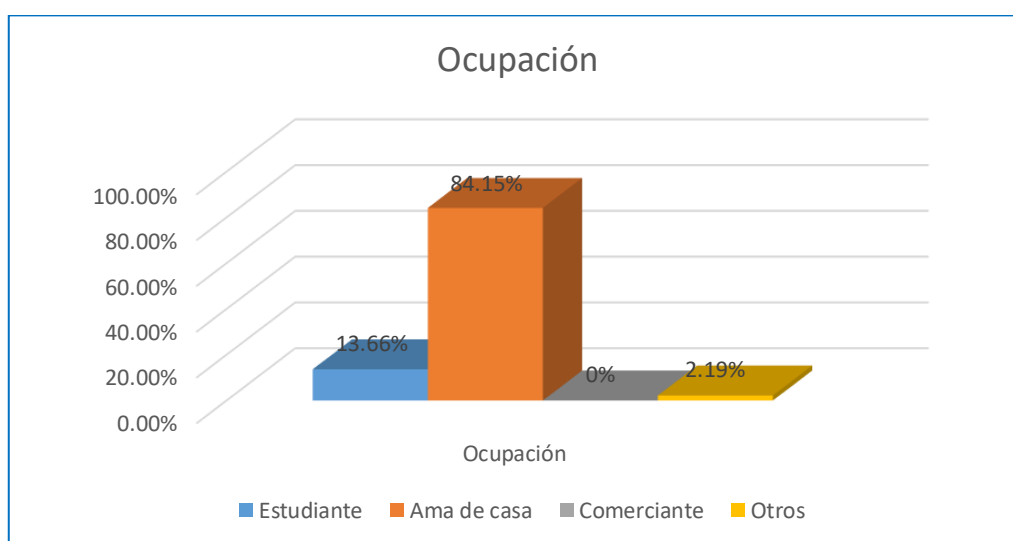
En el grado de instrucción, de las 183 puérperas por parto pretérmino, 1.09% (n=2) era analfabeta, 24.04% (n=44) tenía estudios primarios, 56.28% (n=103) estudios secundarios, 12.02% (n=22) estudios superiores no universitarios y 6.56% (n=12) superior universitario, primando el nivel de estudios secundarios. (Tabla 3 y Figura 3-2)

Figura 3-2: Distribución según el grado de instrucción de puérperas por parto pretérmino



Durante el estudio se observó que de las 183 puérperas por parto pretérmino 13.66% (n=25) de las pacientes eran estudiantes, 84.15% (n=154) ama de casa, 0% fue comerciantes y un 2.19% (n=4) tenía otra ocupación. Dedicándose la gran mayoría a ser ama de casa. (Tabla 3 y Figura 3-3)

Figura 3-3: Distribución según la ocupación civil de puérperas por parto pretérmino



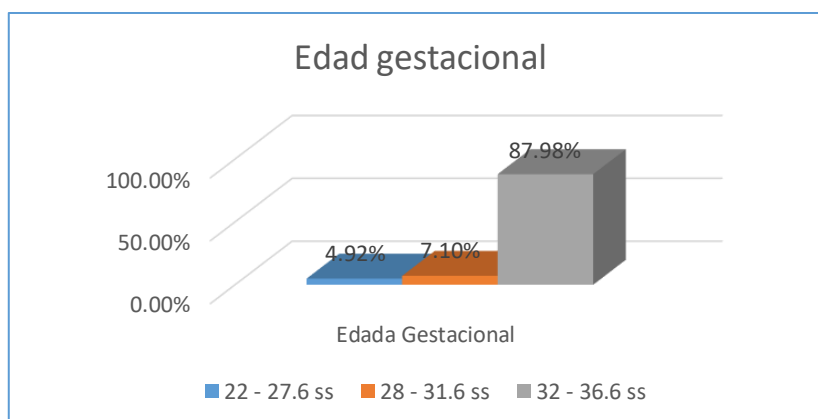
De los antecedentes Gineco-Obstétricos se estudió: la edad gestacional, el número de gestaciones, la paridad y el número de controles prenatales (Tabla 4).

Tabla 4: Antecedentes Gineco - Obstétricos en puérperas por parto pretérmino.

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media (\bar{x}) \pm Desviación estándar (DE)
Edad gestacional			34.04 \pm 2.57
≥ 22 y < 28 semanas	9	4.92	
≥ 28 y < 32 semanas	13	7.10	
≥ 32 y < 37 semanas	161	87.98	
Numero de Gestaciones			2.97 \pm 1.589
- 1	51	27.87	
- 2	27	14.75	
- ≥ 3	105	57.38	
Paridad			2.33 \pm 1.273
- 0	3	1.64	
- 1	56	30.60	
- 2 – 5	121	66.12	
- ≥ 6	3	1.64	
Número de controles prenatales (CPN)			
- ≤ 5	115	62.84	
- ≥ 6	68	37.16	

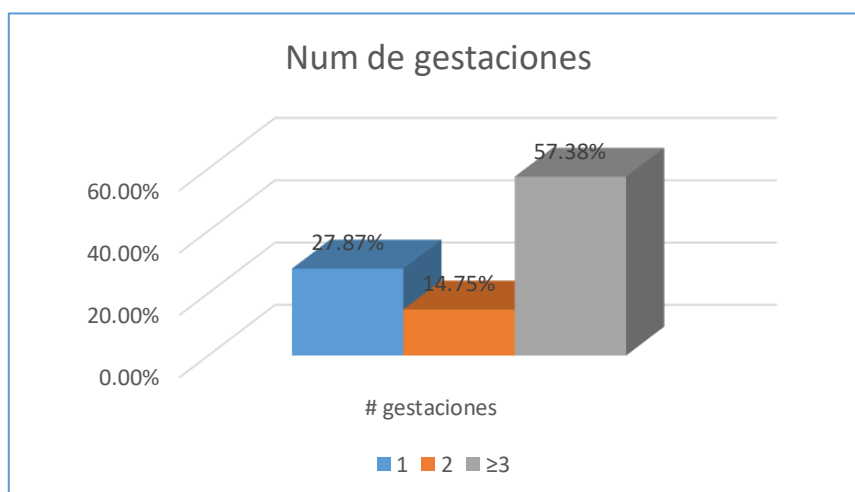
Con respecto a la edad gestacional se encontró que el promedio fue de 34 semanas (DS \pm 2.576) en nuestro grupo de estudio, el valor mínimo fue de 24 semanas y el valor máximo 36 semanas; además 4.92% (n=9) presentó entre 22 y < de 28 semanas, 7.10% (n=13) entre 28 y < de 32 semanas y un 87.98% (n=161) presentó entre 32 y < de 37 semanas. (Tabla 4 y Figura 4-1)

Figura 4-1: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según la edad gestacional:



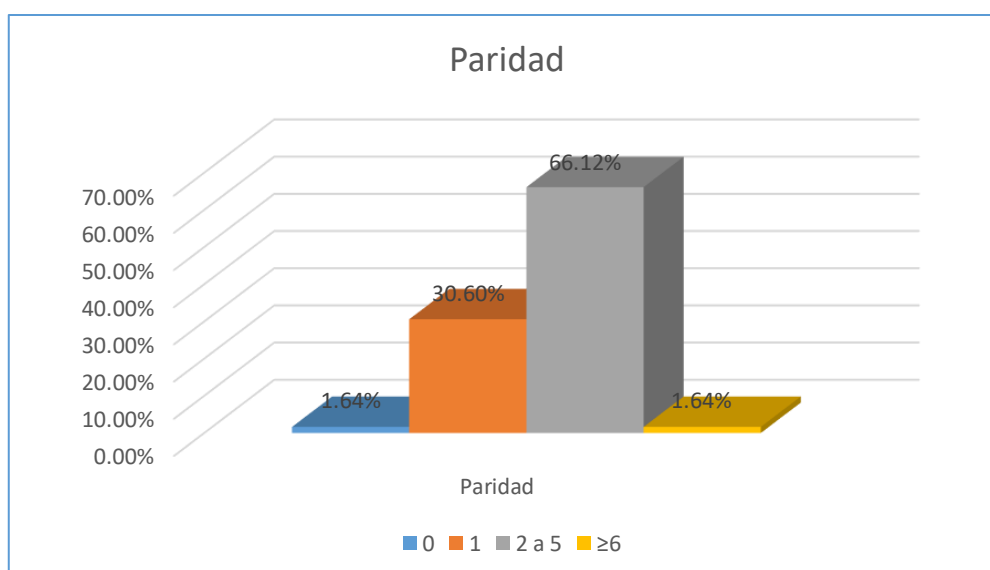
La gravidez promedio en nuestro grupo de estudio fue de 2.97 gestas ($DS \pm 1,589$), el valor mínimo fue de 1 gesta y el valor máximo de 7 gestas. Un 27.87% (n=51) era primigesta, 14.75% (n=27) segundigesta, 57.38% (n=105) multigesta, siendo éstas las de mayor frecuencia. (Tabla 4 y Figura 4-1)

Figura 4-2: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según su gravidez:



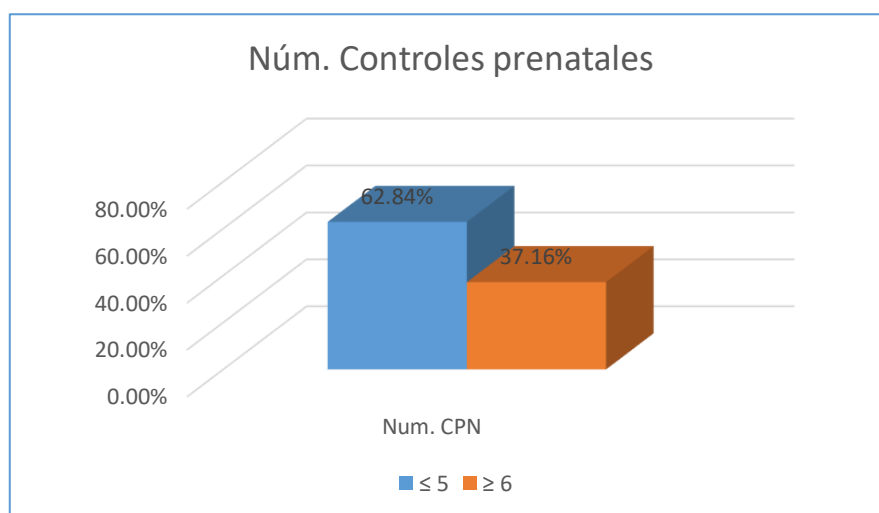
El número de partos promedio fue de 2.33 partos ($DS \pm 1.27$) en las pacientes de estudio, con un valor máximo de 6 partos. Un 1.64% (n=3) era nulípara, 30.60% (n=56) primípara, 66.12% (n=121) múltipara y un 1.64% (n=3) gran múltipara, primando la multiparidad (Tabla 4 y figura 4-3)

Figura 4-3: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según su paridad:



Respecto al control prenatal (CPN), 37.16% (n=68) tenía un CPN adecuado, es decir tenía 6 o más controles; y 62.84% (n=115) ≤ a 5 controles (Tabla 4 y Figura 4-4).

Figura 4-4: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según el número de CPN



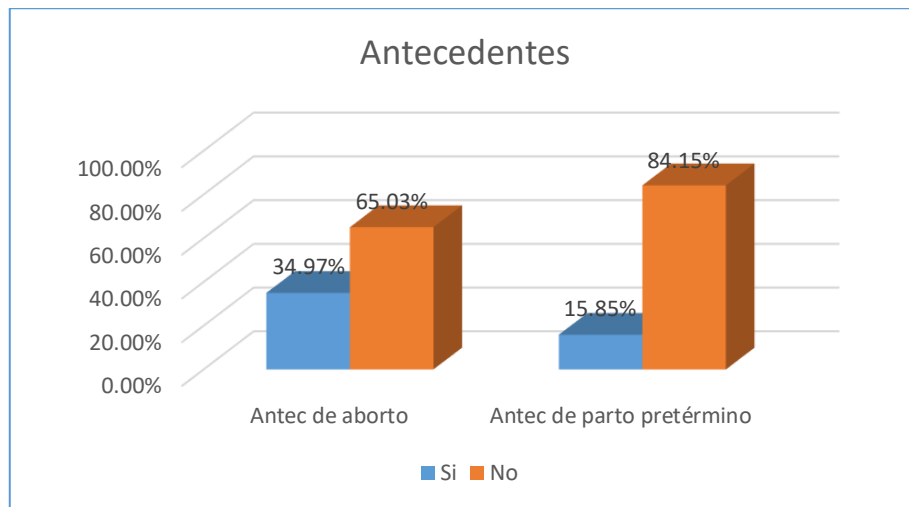
De los antecedentes en gestaciones previas se estudió: antecedente de aborto y el antecedente de parto pretérmino (Tabla 5).

Tabla 5: Antecedentes en gestaciones previas:

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedente de aborto		
Si	64	34.97
No	119	65.03
Antecedentes de Parto pretérmino		
Si	29	15.85
No	154	84.15

Respecto al antecedente de aborto, de las 183 puérperas, 34.97% (n=64) tenía antecedente de algún aborto durante alguna gestación previa, y 65.03% (n=119) no tenía antecedentes de abortos. En cuanto al antecedente de parto pretérmino, el 15.85% sí presentó ese antecedente y el 84.15% no lo presentó (Tabla 5 y Figura 5).

Figura 5: Distribución de las puérperas por parto pretérmino por su antecedente de aborto o parto pretérmino:



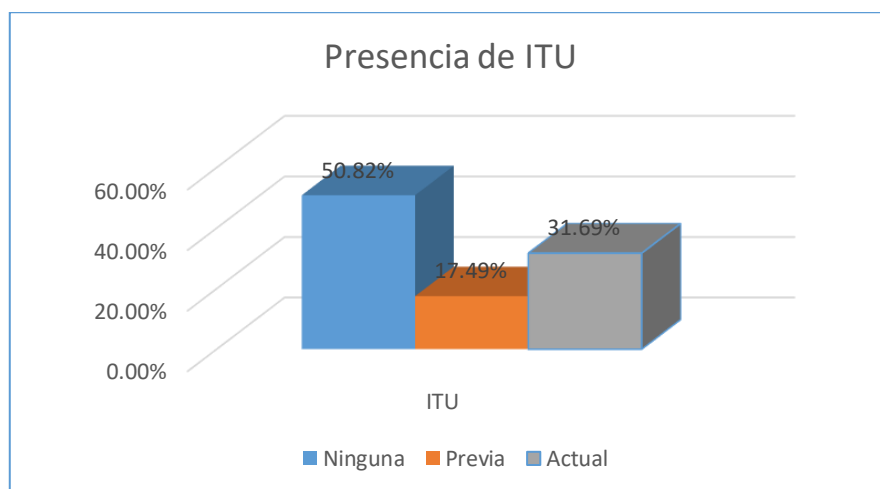
De las interurrencias que se presentaron se estudió: Infección urinaria, vulvovaginitis, anemia previa al parto (Tabla 6).

Tabla 6: Intercurrencias en la gestación:

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
ITU		
Ninguna	93	50.82
Previa	32	17.49
Al momento del parto	58	31.69
Vulvovaginitis		
Sí	22	12.02
No	161	87.98
Anemia		
Sí	88	48.09
No	95	51.91

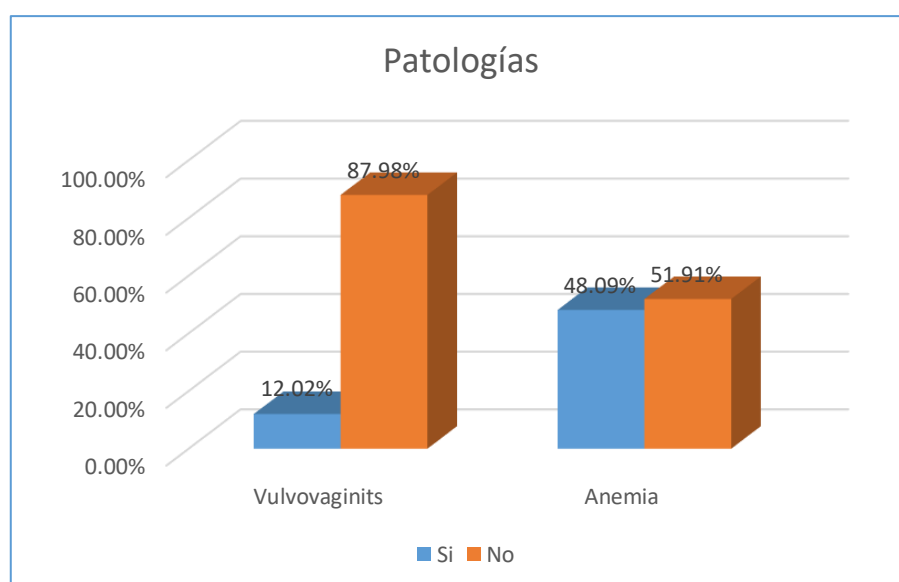
De las 183 puérperas, la presencia de infección urinaria se dio en un 49.18% (n=90), de las cuales el 31.69% (n=58) la presentaba al momento del parto y el 17.49% (n=32) presentó infección hasta 1 mes antes. El 50.82% (n=93) no registró presencia de ITU durante la gestación, siendo este grupo el de mayor frecuencia. (Tabla 6 y Figura 6-1)

Figura 6-1: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según el antecedente de ITU:



De las 183 puérperas, la presencia de vulvovaginitis se dio en un 12.02% (n=22), y un 87.98% (n=161) no presentó vulvovaginitis, un 48.09% (n=88) presentó anemia durante el embarazo y un 51.91% (n= 95) no cursó con anemia. (Tabla 6 y Figura 6-2)

Figura 6-2: Distribución de las puérperas por parto pretérmino según el antecedente de algunas patologías



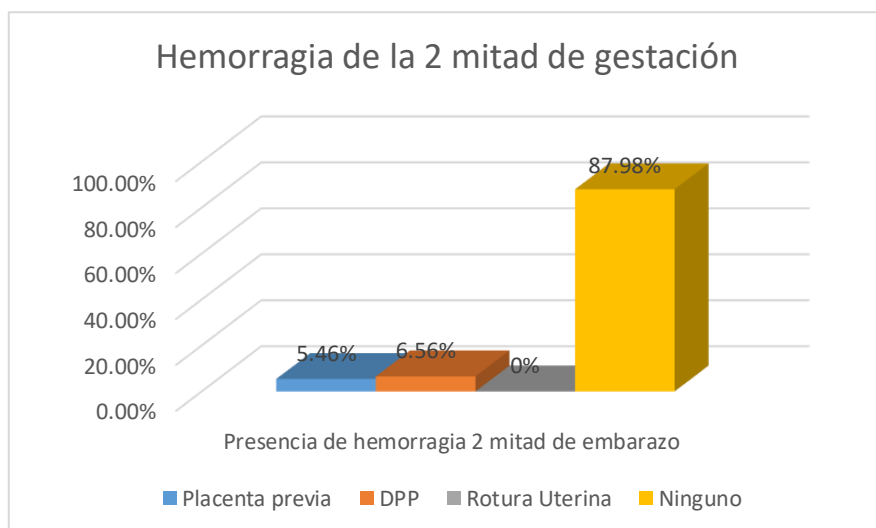
De las patologías asociadas a la gestación incluimos, las hemorragias de la segunda mitad del embarazo y los trastornos hipertensivos del embarazo (Tabla 7).

Tabla 7: Patologías asociadas a la gestación:

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo		
- Placenta previa	10	5.46
Desprendimiento prematuro de placenta	12	6.56
Rotura uterina	0	0.00
- Ninguno	161	87.98
Trastornos Hipertensivos del embarazo		
- Hipertensión gestacional	6	3.28
-Preeclampsia/-Eclampsia	80	43.72
-Hipertensión crónica	0	0.00
HT crónica con preeclampsia sobreagregada	6	3.28
Ninguno	91	49.76

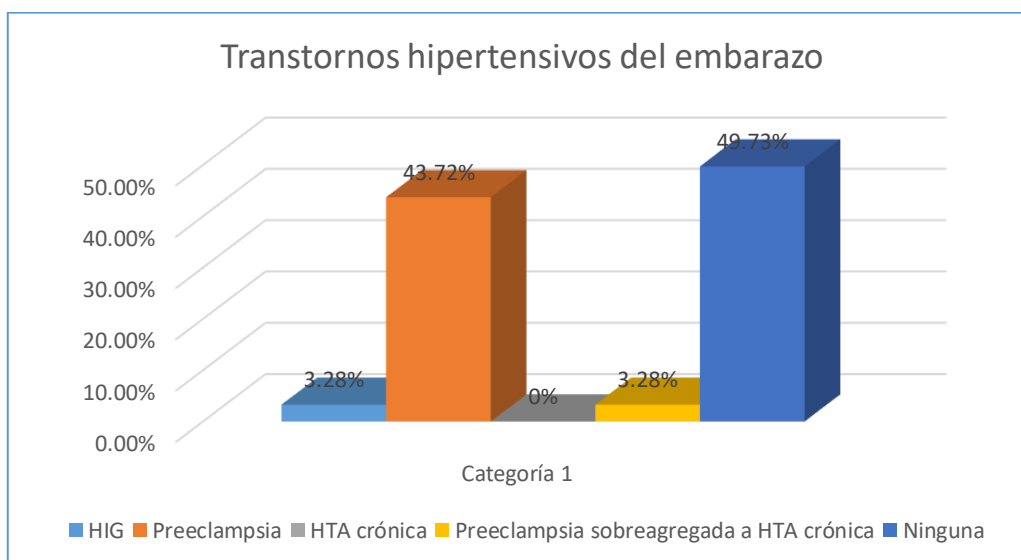
En las hemorragias de la segunda mitad de embarazo, de las 183 puérperas por parto pretérmino, 5.46% (n=10) presentaron placenta previa, la gran mayoría placenta previa total; 6.56% (n=12) tuvo desprendimiento prematuro de placenta, ninguna presentó rotura uterina y el 87.98% no presentó ningún tipo de hemorragia. (Tabla 7 y Figura 7-1)

Figura 7-1: Distribución según tipo de hemorragia de la 2 mitad de embarazo:



De las 183 puérperas por parto pretérmino, 3.28% (n=6) presentaron hipertensión gestacional; el 43.72% (n=80) tuvo preeclampsia, de éstas 1 realizó eclampsia, ninguna presentó antecedente de hipertensión crónica registrada, el 3.28% (n=6) presentó preeclampsia sobreagregada a su HTA crónica y el 49.76% (n=91) no presentó ningún tipo trastorno hipertensivo. (Tabla 7 y Figura 7-2)

Figura 7-2: Distribución según tipo de trastornos hipertensivos en la gestación:



De los eventos desarrollados durante la gestación, se estudió: RPM, RCIU, además de la alteración de volumen de líquido amniótico y presencia de embarazo múltiple (Tabla 8).

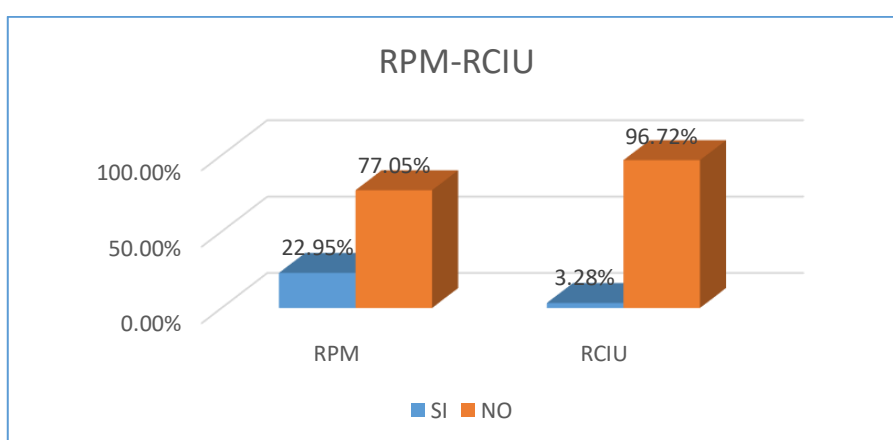
Tabla 8: *Eventos durante la gestación:*

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
RPM		
Si	42	22.95
No	141	77.05
RCIU		
Si	6	3.28
No	177	96.72
Volumen de LA		
Polihidramnios	7	3.83
Oligohidramnios	8	4.37
LA Normal	168	91.80

Embarazo múltiple		
- Doble	10	5.46
- Triple	0	0.00
- Cuádruple	0	0.00
Único	173	94.54

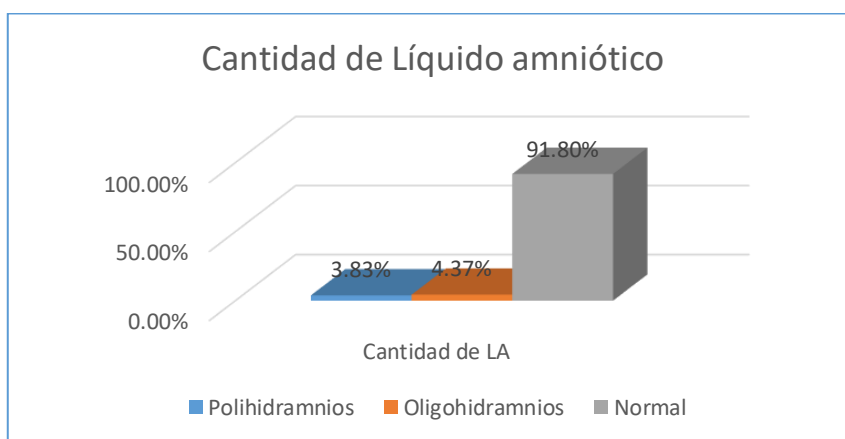
De las 183 puérperas en estudio, el 22.95% (n=42) presentó RPM y 77.05% (n=141) no presentó RPM, el 3.28% (n=6) de las puérperas del estudio presentó RCIU y 96.72% (n=177) no presentó RCIU (Tabla 8 y Figura 8-1).

Figura 8-1: Distribución según eventos ocurrido:



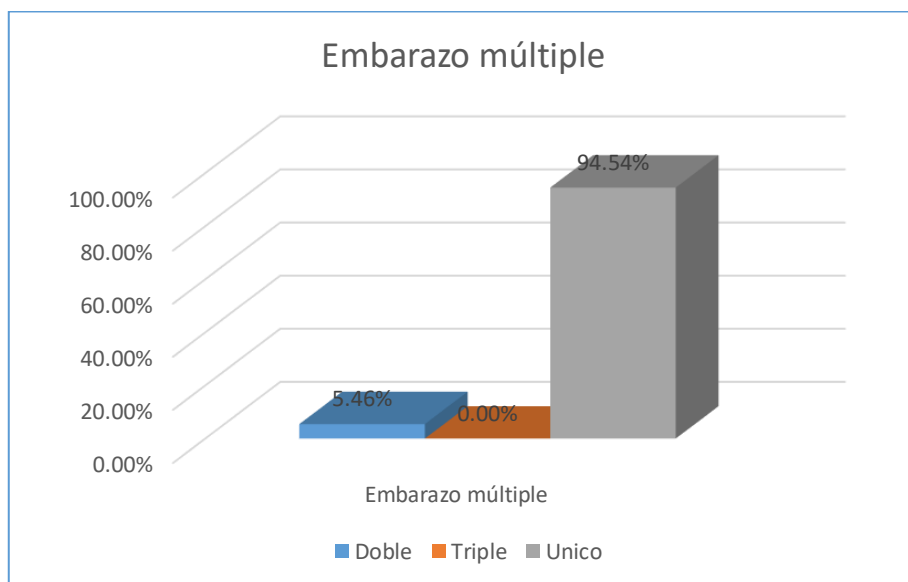
Según el volumen de Líquido amniótico, de las 183 puérperas por parto pretérmino, 3.83% (n=7) presentaron polihidramnios, el 4.37% (n=8) presentó oligohidramnios, y el 91.80% (n=168) presentó volumen de líquido amniótico normal, siendo éste el grupo con más prevalencia. (Tabla 8 y Figura 8-2)

Figura 8-2: Distribución según la cantidad de líquido amniótico:



Según el número de fetos presentes durante la gestación, de las 183 puérperas por parto pretérmino, 5.46% (n=10) presentaron embarazo doble, ninguno presentó embarazo triple, y el 94.54% (n=173) presentó embarazo único. (Tabla 8 y Figura 8-3)

Figura 8-3: Distribución según presencia de embarazo múltiple:



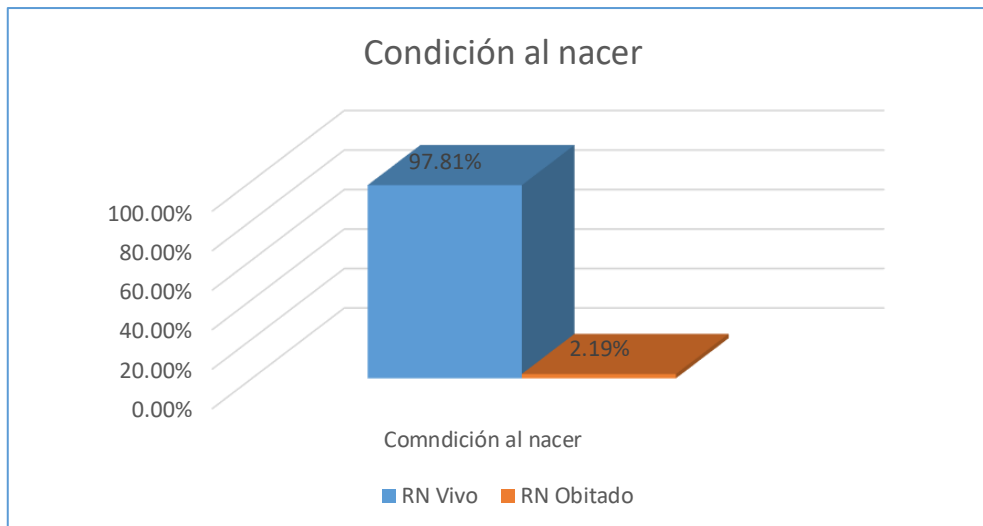
Con respecto al estado del producto de la gestación se estudió: la condición al nacer y el peso al nacer (Tabla 9).

Tabla 9: Estado del producto de la gestación:

Puérperas por parto pretérmino	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Condición al nacer		
RN Vivo	179	97.81
RN Obitado	4	2.19
Valoración test APGAR		
Sin depresión	169	92.35
Dep. Mod: 4-6	3	1.64
Dep. Severa: ≤ 3	7	3.83
Peso al nacer		
≥2500	58	31.69
1500-2499	109	59.56
1000-1499	7	3.83
<1000	9	4.92

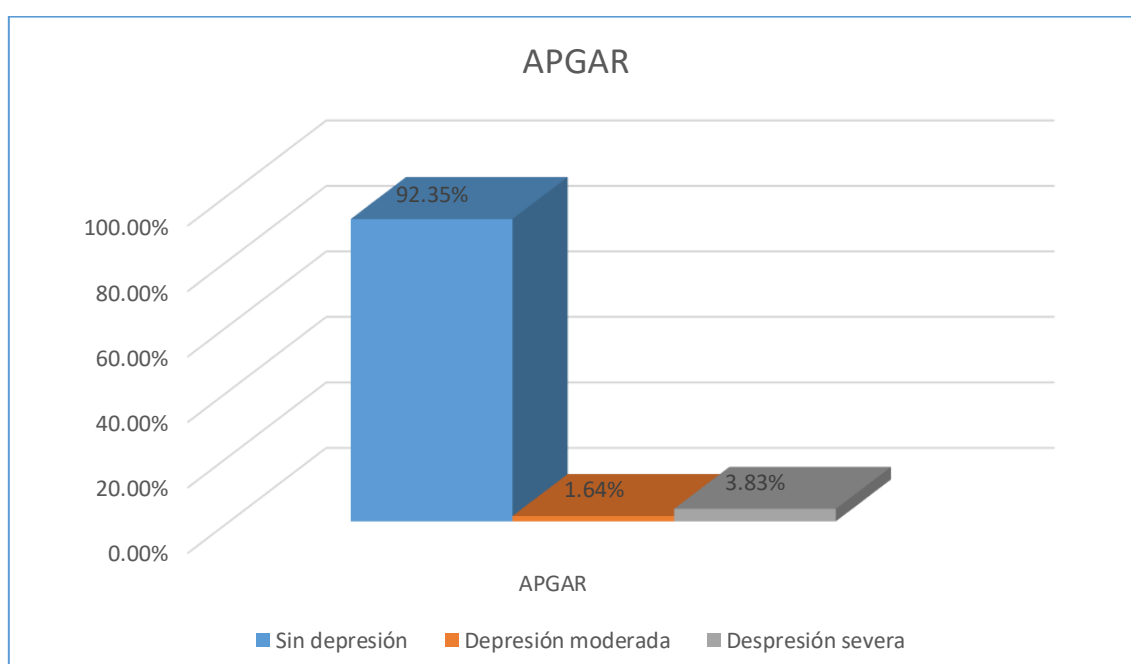
Según la condición al nacer, el 97.81% (n=179) fue recién nacido vivo y el 2.19% nació obitado, siendo la gran mayoría nacidos vivos. (Tabla 9 y Figura 9-1)

Figura 9-1: Distribución según la condición al nacer



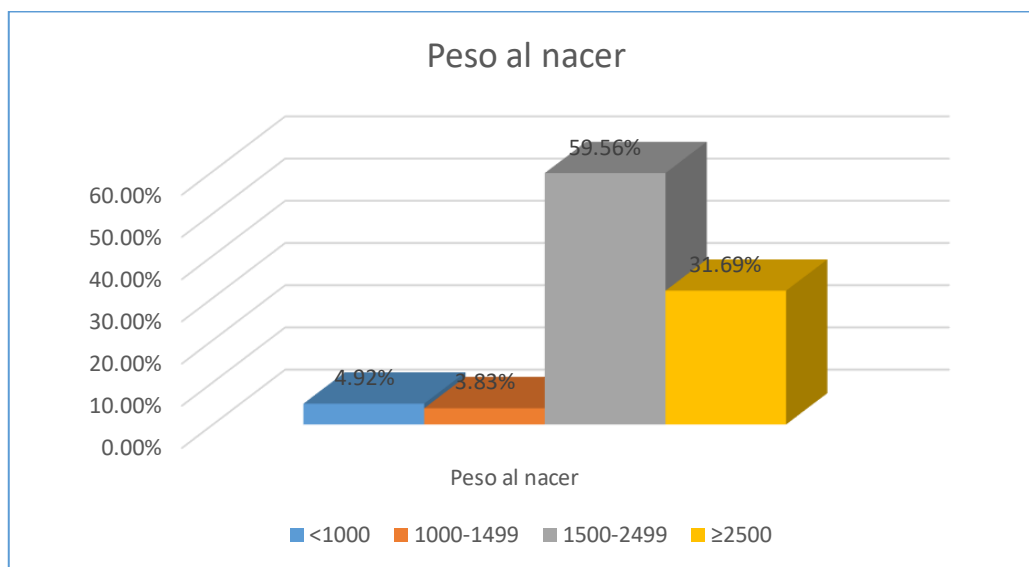
Según la valoración del APGAR al nacer, 92.35% (n=169) no presentaron depresión al nacer, el 1.64% (n=3) presentaron depresión moderada al nacer, el 3.83% (n=7) presentaron depresión severa al nacer y el 2.19% (n=4) fueron óbitos fetales. (Tabla 9 y Figura 9-2)

Figura 9-2: Distribución según el test de APGAR:



Según el peso al nacer, el 31.69% (n=58) presentaron un peso ≥ 2500 g, el 59.56% (n=109) presentaron peso entre 2000 y 2499 gr, el 3.83% (n=7) presentaron peso entre 1000 y 1499gr y un 4.92% (n=9) presentaron peso menor a 1000gr (Tabla 9 y Figura 9-3)

Figura 9-3: Distribución según el peso al nacer



5.2 ANALISIS DE RESULTADOS

En base a los datos recolectados, observamos que una de las características que prevalecieron en las puérperas por parto pretérmino fue el haber tenido 3 o más gestaciones y una paridad de entre 2 a 5. Esto nos hace pensar que las primigestas casi no presentan partos pretérminos salvo que se les agregue alguna complicación o intercurrentia.

El hecho de haber tenido antecedente de aborto, también tiene una tasa alta de prevalencia, pues más de la tercera parte de las pacientes en estudio tuvieron dicho antecedente; en menor porcentaje se encuentra el antecedente de parto pretérmino, que no llegó a la quinta parte de las pacientes.

El presentar o haber presentado ITU en el mes previo al parto o al momento de parto son también antecedentes que tienen una frecuencia alta, sumando entre

las dos casi el 50 % de las pacientes, determinando que casi la tercera parte del total de puérperas presentó ITU al momento de dar a luz.

La anemia fue otra de las interurrencias que más prevalencia tuvo, abarcando casi la mitad de las puérperas (48.09%) las cuales presentaron $Hb < 10$ al momento del ingreso al nosocomio.

Se presentaron pocos casos de hemorragias en la segunda mitad de la gestación, sin embargo, éstos fueron motivo para que en la gran mayoría de estos casos se decida la culminación del embarazo.

Otra de las complicaciones de la gestación muy relacionadas con el parto pretérmino fue la preeclampsia debido a la alta tasa de prevalencia e incidencia que presenta, y el hecho de tener preeclampsia de por sí es un factor de riesgo para muchas complicaciones, por lo cual fue uno de los factores definitivos para la culminación inmediata de la gestación.

La RPM se presentó en algunos casos, pero no tuvo una alta tasa como otras de las características, siendo un poco más de la quinta parte de los prematuros.

El RCIU, la cantidad de Líquido amniótico y los embarazos múltiples fueron características que se presentaron en menor frecuencia.

El parto pretérmino también influyó en el producto de la gestación, siendo en su mayoría recién nacidos prematuros moderados a tardíos, y nace la mayoría sin depresión. Sin embargo, si se presentaron caso en los que la prematuridad extrema o el ser muy prematuros influyeron en el grado de depresión con el que nacieron alguno de ellos.

CAPITULO VI: DISCUSION DE RESULTADOS

Como se ha descrito a lo largo de este trabajo, el parto pretérmino es aquel que se produce antes de las 37 semanas de embarazo y continúa siendo uno de los problemas más relevantes en cuanto a la morbilidad.

Durante el año de estudio, en el servicio de gineco obstetricia del hospital de Apoyo II-2 Sullana, se brindó atención de 3591 partos, de los cuales 3243 fueron considerados a término y 348 fueron partos prematuros, los cuales representan el 9.69% de los partos atendidos en nuestro año de estudio. De éstos últimos 126 fueron partos espontáneos y 222 cesáreas.

Si bien la incidencia de partos ha disminuido a comparación de años previos, aún continúa siendo considerable, ya que, durante el 2015 a nivel nacional, el 6.5% de nacimiento fue antes de las 37 semanas, ese mismo año el boletín informativo estimó que en Piura el 8% de los partos fueron prematuros, y el anuario estadístico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana determinó que en dicho año el 15.3% de los partos había sido prematuro. En el 2016 el porcentaje ya fue disminuyendo, determinando que de 3580 partos el 12.3% fue prematuro.

Al realizar el análisis descriptivo de las variables, se encontró que: El promedio de edad de las puérperas por parto pretérmino en mi estudio fue 28,5 años ($DS \pm 7,8$), datos que coinciden con el promedio de las gestantes $26,8 \pm 6,4$ años que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal según el estudio de Sánchez Menacho Christian, en el año 2014. (33)

Diversas revisiones muestran que existe un riesgo incrementado con respecto al aumento de la edad y el parto pretérmino, como lo describe el estudio de Guadalupe Huamán (16) donde se obtuvo que el mayor porcentaje de las pacientes en estudio fue las el rango con edad mayor a 35 años, con el 52% sin embargo no hay evidencia suficiente que se incremente el riesgo de parto pretérmino en relación con la edad materna y el embarazo

En cuanto al estado civil, observamos que la gran mayoría son convivientes, con estudio previo por Guadalupe Huamán en el 2015 donde determina que el 53.5%

pertenecía este grupo. En el estudio realizado por Sánchez Menacho el 73% de las pacientes fueron convivientes, y en nuestro estudio se obtuvo un valor intermedio con el 65% de las pacientes.

Según lo descrito Sánchez Menacho (33) sobre la relación de riesgo de parto prematuro con el grado de instrucción concuerda con nuestro estudio, dándose la mayor incidencia en las pacientes que cursaron la secundaria con un 56%. Mientras que con menos incidencia se da en los otros grados de instrucción como lo hemos detallado antes.

Sánchez Menacho planteó según su estudio que hay un mayor riesgo de parto prematuro en primigestas con un 41%, y menor riesgo del 29% en las multíparas y un 2% de riesgo las gran multíparas, algo que no concuerda con nuestro estudio, obteniéndose la mayor incidencia de riesgo de prematuridad en las multíparas con un 66% y 30% en las primíparas.

En nuestro estudio se pudo observar que hay mayor riesgo de parto prematuro en pacientes que tuvieron controles inadecuados con un 62.8% y en menor cantidad se pudo observar en las que tuvieron controles adecuados con 37.1%. Esto demuestra similitud de los estudios de Sánchez (33), Guadalupe Huamán (16), que reflejan que controles prenatales inadecuados o menor cantidad de consultas prenatales el riesgo de parto prematuro es mayor.

Con respecto a los antecedentes clínicos materno tenemos que el aborto previo obtuvo en nuestro estudio un 34.9% de riesgo de parto prematuro. Que concuerda parcialmente con Sánchez (33) en donde su estudio demostró que los abortos previos fueron estadísticamente significativos con un 29%. Otro antecedente clínico materno es el parto pretermino previo en donde obtuvimos una moderada significancia del 15.8% que tiene mucha similitud con el estudio realizado por Sanchez 14% donde obtuvo una notable cifra de partos prematuros previos (entre 3 a mas) dando mayor riesgo para partos prematuros futuros

En nuestro estudio sobre las enfermedades intercurrentes en la gestación con mayor incidencia de partos prematuros se encontró en primer lugar los casos de

anemia con un 48 %, como la bibliografía lo determina sí hay relación con los estudios de Sanchez (33) que presentó un 32 % de casos de anemia en los partos prematuros.

Otra enfermedad intercurrente es la ITU nos da un riesgo del 31.6% de parto prematuro, como nos demuestra la literatura donde Sánchez nos dice que las infecciones del tracto urinario (ITU) se asocian con riesgo de parto prematuro en un 19%. En cambio Guadalupe (16) encontró que se presentaba sólo en el 12% de los partos prematuros dándonos una cifra de casos similar a la encontrada por Sánchez y menos a la encontrada en nuestro estudio.

Sánchez (33) en su estudio señaló que la vaginitis bacteriana se dio en un 5% dando un riesgo bajo de prematuridad lo cual se asemeja a nuestro estudio que también se encontró una baja incidencia con el 12 para riesgo al parto prematuro por vaginitis bacteriana.

En nuestro estudio se encontró también que el RPM que tuvo un 22% de riesgo de prematuridad, parcialmente similar a los estudios de Sanchez donde también se observa el 22% de casos de RPM con riesgo de parto prematuro. Elias Rodriguez (5) encontró que en su estudio el 31.14% presentó RPM que es una cifra un poco mayor a la encontrada en nuestro estudio.

Guadalupe Huaman (16) en su estudio demostró que la preeclampsia presenta un riesgo moderado de parto prematuro donde sus cifras en conjunto oscilan en 16.5%, con lo que no concuerda con nuestro estudio donde obtuvimos un riesgo mayor en el 43.7% de partos prematuros.

Sánchez (33) señala que la hemorragia principalmente de la segunda mitad del embarazo es uno de los causantes para riesgo de parto prematuro, con baja incidencia lo cual coincide con nuestro estudio donde solo se observó en 12 % de los casos de riesgo de parto prematuro.

En estudio de Guadalupe Huamán (16) se observa que de todas las gestantes con parto pretérmino el 5% presenta embarazo múltiple, siendo éste resultado similar al obtenido en nuestro trabajo, en donde se obtuvo que el 5.46% tuvo embarazo múltiple, mientras que el resto de ellas fue gestación única.

De los partos pretérminos atendidos el 87.98%% de ellos corresponden a prematuro moderado a tardío, 7.10% a muy prematuro y 4.92% a prematuro extremo (Tabla 4), resultado que se asemeja a los obtenidos por Guadalupe Huaman (16) donde concluyeron que los prematuros moderados a tardíos fue el que se dio en mayor porcentaje, el 79%, de ahí siguió el muy prematuro con 16% y finalmente los prematuros extremos, con 5%, así mismo en nuestro estudio se obtuvo que la edad gestacional promedio fue de 34.04 (DS= 2.57), y también estos resultados se pueden comparar con los datos nacionales en que se determinó que en el 2015 el 4.2% fue prematuro extremo, el 9% muy prematuro y el 86.8% fue prematuro moderado a tardío. (3)

En el estudio realizado por Elias Rodriguez (5), se determinó que el 95.51% nacieron sin depresión, le sigue la depresión severa con 3.69% y con depresión moderada el 0.79%, lo cual coincide con nuestro trabajo donde se determinó que el 92.35% nace sin depresión, el 3.83% con depresión severa y el 1.64% con depresión moderada.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

1. El parto pretérmino tiene una prevalencia de 9.69% en el hospital de estudio, que se relaciona con otros estudios nacionales
2. En las puérperas prevaleció el parto pretérmino moderado-tardío (semanas 32-36) con un 87.98%.
3. El rango de con mayor prevalencia para riesgo de parto pretérmino es el comprendido entre los 20 – 34 años con un 59.56% seguida de adolescentes 14%.
4. Los factores sociodemográficos como tener un nivel socioeconómico bajo, no tener un adecuado control prenatal son características maternas presentes en el parto prematuro, en las pacientes que se atienden en el Hospital de apoyo II-2 Sullana.
5. El número de controles prenatales en su mayoría es menor o igual a 5, siendo el 62.84%, esto debido a que las pacientes al no haber completado los nueve meses, no alcanzan a superar la cantidad de controles mínimos requeridos.
6. De acuerdo al estado civil, las gestantes que son convivientes presentan parto prematuro con un 65% seguida de casadas con el 19%.
7. Según el nivel de académico de las gestantes, las de educación secundaria es el que presenta mayor riesgo de parto prematuro con 56.28%.
8. Las gestantes multigestas son las que mayor riesgo puede llegar a presentar parto prematuro con un 57.38%.

9. El antecedente de aborto es un factor de riesgo significativo para parto pretérmino siendo la tercera parte del total (34.97%) y en menor porcentaje se encontró el antecedente de parto pretérmino con el 15.85%.
10. Con respecto a las enfermedades intercurrentes siguiendo el orden de mayor riesgo para ocasionar un parto prematuro son anemia con el 48% del total, infección del tracto urinario (ITU) con 31.69% del total, vulvovaginitis siendo el 12% del total ruptura prematura de membranas (RPM) el 22.9%, y alguna alteración del volumen de líquido amniótico con el 8.2%
11. Las patologías asociadas a la gestación tenemos que la preeclampsia tuvo un 43.7% de prevalencia, siendo este una de las principales indicaciones para la culminación de la gestación.
12. Las hemorragias de la segunda mitad de la gestación se presentaron en un porcentaje menor de 12% sin embargo estas en la mayoría de casos son el causal para que se decida culminar con la gestación.
13. El 92.35% de los recién nacidos tuvieron un buen APGAR al momento del parto, catalogándose sin depresión al nacer.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

En base a los resultados y discusiones obtenidos y teniendo en cuenta que muchas de las características epidemiológicas son comunes en las pacientes se plantearon las siguientes recomendaciones:

1. En el HAS II-2 y en otras instituciones de la región, se debe fomentar la acción preventiva mediante un adecuado control prenatal, y haciendo una difusión de conocimientos acerca de la problemática y repercusiones que tendría el nacimiento pretérmino tanto para la madre como para el recién nacido.
2. Que el personal de Gineco-obstetricia se encuentre en constante actualización y especialice en temas sobre casos de parto prematuro y tenga mejor conocimiento de los factores de riesgo y tratamiento oportuno para poder disminuir la morbilidad materna y/o perinatal.
3. Optimizar el sistema de referencia, en especial para aquellos casos de embarazos de alto riesgo y con antecedentes de abortos o de partos pretérminos, y fortalecer la red de atención entre el primer, segundo y tercer nivel, para mejorar el manejo de estas pacientes.
4. Las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales deberán estar en capacidad de afrontar y solucionar las complicaciones que amenazan la vida del neonato, para así disminuir el número de muertes neonatales
5. Realizar más estudios sobre causas y factores de riesgo de parto prematuro a nivel de la región Piura, para contribuir y acercarnos más a la prevención de éstos partos prematuros.
6. Establecer pautas para la vigilancia y manejo medico de las pacientes con factores maternos de riesgo que acudan a los diferentes centros de salud en la región.

BIBLIOGRAFIA

1. Horovitz J GFRDDJ. Accouchement prématuré. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris-France). 2016; 14(5076-A-10).
2. Lockwood CJ, MD , MHCM. Pathogenesis of spontaneous preterm birth. Uptodate. 2017.
3. Ministerio de Salud. BOLETIN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS PERÚ: 2015. 2016 Abril;: p. 8-10.
4. Creasy RK RRIJ. Maternal-fetal medicine: principles and practices. 7th ed.: Elsevier Health Sciences; 2014.
5. Rodriguez E, Rodriguez EC. Epidemiología y factores de riesgo para parto prematuro en el servicio de maternidad del Hospital Militar Central. Tesis de Licenciatura. Universidad Militar Nueva Granada. 2013.
6. Sedano L M, Sedano M C, Sedano M R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25(6): p. 866-873.
7. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, all e. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization. 2010; 88: p. 31-38.
8. OMS. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva. 2017 Nov..
9. Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cueva M, Rosales Lucio J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(9): p. 542.
10. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, all e. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Revista médica de Chile. 2012 Enero; 140(01).

11. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca P. Impact of preterm childbirth in perinatal morbidity and mortality. MEDISAN. 2014 Jun; 18(06).
12. Sorbye I, Wanigaratne S, Urquia M. Variations in gestational. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2015; 12: p. 1-9.
13. Carnero Cabrera. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2015.
14. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez D, Mendoza Tascón L, Arias Guatibonza M. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016 Agosto; 81(04).
15. Comunicaciones INMPOd. Fiesta de Prematuro reunió a cien niños en el INMP. In Sala de Prensa; 18 de Noviembre del 2017.
16. Guadalupe Huamán S. Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO. .
17. Perinatal INM. IV Congreso Internacional Salud Materno Perinatal. In ; 25 al 27 de octubre 2017.
18. Alarcón Celedonio JC. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” - 2016. Cybertesis UNMSM. 2017.
19. SEGO. Sociedad Española de Gineco Obstetricia. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero. Available from: <https://www.sego.es/>.
20. Mallafré J, Serra B. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. 5 edición. 2014.

21. MINSA. OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN. SISTEMA DE REGISTROS DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO EN LÍNEA. .
22. Portal Institucional del Hospital de Apoyo II-2 Sullana. Anuario estadístico 2015. [Online]. [cited 2018. Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/0BzRfRHjI7dydcFJXRfNPSUVtWkk>.
23. Portal Institucional del Hospital de Sullana. Anuario Estadístico 2016. [Online]. [cited 2018. Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/0BzRfRHjI7dydVUtsQXVKT3gwSzQ>.
24. OMS. Nacimientos prematuros.. Nota descriptiva N°363. 2015 Nov..
25. LM H. Preventing preterm birth: what works, what doesn't. Obstet Gynecol Surv. 2015; 60: p. 124.
26. Vincenzo Berghella M. Second-trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth in singleton gestations. UpToDate. [Online]. [cited 2018 Enero 15. Available from: <http://www.uptodate.com>.
27. Zhang G, Feenstra B, Bacelis J, Liu X, all e. Genetic Associations with Gestational Duration and Spontaneous Preterm Birth. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. 2017 SETIEMBRE 21; 377: p. 1156-1167.
28. Fernández Niklitschek C, Poblete Lizana J. Prevención de Parto Prematuro en Gemelar: ¿Qué hay de nuevo?. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017 Febrero; 82(01).
29. Flores Escobar J. Anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio- diciembre 2015. 2015.
30. Lykke JA DKLOLRJ. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. Obstet Gynecol. 2010; 115: p. 935.

31. Lockwood C. Diagnosis of preterm labor. UpToDate. 2018.
32. Rivera Casas AM, Rueda Barrios AP. Diagnóstico y prevención del parto pretermino. Una actualización de la literatura. Biociencias. 2016; 11(2): p. 53-64.
33. Sanchez Menacho C. CARACTERÍSTICAS MATERNAS PRESENTES EN EL PARTO. TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO. 2014.
- 34.

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de preselección para el grupo estudio

“Características epidemiológicas de puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital De Apoyo II Sullana, durante el periodo Enero-Diciembre 2017”

Num	Nombre y Apellidos	Fecha de parto	Hora de parto	N° HC
001		/ /	/ /	
002		/ /	/ /	
003		/ /	/ /	
004		/ /	/ /	
005		/ /	/ /	
006		/ /	/ /	
007		/ /	/ /	
008		/ /	/ /	
009		/ /	/ /	
010		/ /	/ /	
011		/ /	/ /	
012		/ /	/ /	
013		/ /	/ /	
014		/ /	/ /	
015		/ /	/ /	
016		/ /	/ /	
017		/ /	/ /	
018		/ /	/ /	
019		/ /	/ /	
020		/ /	/ /	
021		/ /	/ /	
022		/ /	/ /	
023		/ /	/ /	
024		/ /	/ /	
025		/ /	/ /	
026		/ /	/ /	
027		/ /	/ /	

ANEXO 2: Ficha de recolección de datos

“Características epidemiológicas de puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital De Apoyo II Sullana, durante el periodo Enero-Diciembre 2017”

Nombre: _____ Fecha de parto: ____/____/____	N° de HC: _____
Edad: _____ años <input type="checkbox"/> ≤ 19 años <input type="checkbox"/> 20 – 34 años <input type="checkbox"/> ≥ 35 años	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Otro	
Grado de instrucción: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior no universitaria <input type="checkbox"/> Superior universitario	
Ocupación: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Comerciantes <input type="checkbox"/> Otros: _____	

EG <input type="checkbox"/> 22-27.6 <input type="checkbox"/> 28-31..6 <input type="checkbox"/> 32-36.6	Gestaciones: _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥ 3	Paridad: _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 – 5 <input type="checkbox"/> ≥ 6	Antecedente de aborto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Antecedente de parto pretérmino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N° de CPN: _____ <input type="checkbox"/> ≤ 5 <input type="checkbox"/> ≥ 6
--	--	---	--	--	--

ITU <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Previa <input type="checkbox"/> Actual Vulvovaginitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Desprendimiento prematuro de placenta <input type="checkbox"/> Rotura uterina <input type="checkbox"/> Ninguno	Trastornos Hipertensivos del embarazo <input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Preeclampsia Superpuesta sobre hipertensión crónica <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica <input type="checkbox"/> Ninguna
---	---	---	---

RPM <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	RCIU <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Polihidramnios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Embarazo múltiple: <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Cuádruple <input type="checkbox"/> Único
--	---	---	--

Test de APGAR <input type="checkbox"/> Sin depresión <input type="checkbox"/> Dep. Mod: 4-6 <input type="checkbox"/> Dep. Severa: ≤ 3	Peso al nacer <input type="checkbox"/> ≥2500 <input type="checkbox"/> 2000-2499 <input type="checkbox"/> 1500-1999 <input type="checkbox"/> 1000-1499 <input type="checkbox"/> <1000
---	--

RECOLECCIÓN DE DATOS

Variable	Indicador	Cantidades	Porcentaje (%)
Edad materna	- ≤ 19 años	28	15.30
	- 20 – 34 años	109	59.56
	- ≥ 35 años	46	25.14
Estado civil	- Soltera	28	15.30
	- Casada	36	19.67
	- Conviviente	119	65.03
	- Otro	0	0.00
Grado de instrucción	- Analfabeta	2	1.09
	- Primaria	44	24.04
	- Secundaria	103	56.28
	- Superior no universitario	22	12.02
	- Superior universitario	12	6.56
Ocupación	- Estudiante	25	13.66
	- Ama de casa	154	84.15
	- Comerciantes	0	0.00
	- Otros	4	2.19
Edad gestacional	- 22 – 27.6 semanas	9	4.92
	- 28 – 31.6 semanas	13	7.10
	- 32-36.6 semanas	161	87.98
Gestaciones	- 1	51	27.87
	- 2	27	14.75
	- ≥3	105	57.38
Paridad	- 0	3	1.64
	- 1	56	30.60
	- 2 – 5	121	66.12
	- ≥6	3	1.64
Antecedente de aborto	Si	64	34.97
	No	119	65.03
Antecedentes de Parto pretérmino	Si	29	15.85
	No	154	84.15
Número de controles prenatales (CPN)	- ≤5	115	62.84
	- ≥6	68	37.16
ITU	Ninguna	93	50.82
	Previa	32	17.49
	Actual	58	31.69
Vulvovaginitis	Sí	22	12.02

	No	161	87.98
Anemia	Sí	88	48.09
	No	95	51.91
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	- Placenta previa	10	5.46
	Desprendimiento prematuro de placenta	12	6.56
	Rotura uterina	0	0.00
	- Ninguno	161	87.98
Trastornos Hipertensivos del embarazo	- Hipertensión gestacional	6	3.28
	-Preeclampsia/-Eclampsia	80	43.72
	-Hipertensión crónica	0	0.00
	HT crónica con preeclampsia sobreagregada	6	3.28
	- Ninguna	91	49.73
RPM	Si	42	22.95
	No	141	77.05
Cantidad de LA	Polihidramnios	7	3.83
	Oligohidramnios	8	4.37
	LA Normal	168	91.80
RCIU	Si	6	3.28
	No	177	96.72
Embarazo múltiple	- Doble	10	5.46
	- Triple	0	0.00
	- Cuádruple	0	0.00
	Único	173	94.54
Condición al nacer	RN vivo	179	97.81
	RN Óbito	4	2.19
Test APGAR	Sin depresión	150	92.35
	Dep. Mod:4-6	3	1.64
	Dep. Severa: ≤ 3	7	3.83
	Óbito	4	2.19
Peso al nacer	≥ 2500	58	31.69
	2000-2499	109	59.56
	1000-1499	7	3.83
	<1000	9	4.92

SOLICITUD PARA ACCEDER AL SIP Y REVISION DE HC

“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

**SOLICITO: PERMISO PARA REVISIÓN DE
DATA DEL SISTEMA INFORMATIVO PERINATAL 2000 Y REVISIÓN DE HC**

**DR. CARLOS ROJAS BARDALES
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA**

CUSTODIO GONZALES PAOLA VANESSA; identificado con DNI N° 71624538, ex INTERNA de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, de la Universidad Nacional de Piura, ante Usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo culminado mi internado medico en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana y deseando el **permiso para revisión de data del sistema informativo perinatal 2000 y posterior revisión de HC, para la realización de la tesis denominada: “Características epidemiológicas de púerperas por parto pretérmino del servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana en el periodo enero-diciembre 2017”**

POR LO EXPUESTO:

ESPERO ACCEDA A LO SOLICITADO

Sullana, Enero del 2018

**CUSTODIO GONZALES PAOLA
DNI N°71624538**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	TIPO DE ESTUDIO	DISEÑO
“Características epidemiológicas de puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II Sullana, durante el periodo enero-diciembre 2017.”	¿Cuáles son las características epidemiológicas que tuvieron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017?	GENERAL: Describir las características epidemiológicas que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del hospital de apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017 ESPECÍFICOS: 1. Describir las características sociodemográficas de las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017 2. Describir la historia obstétrica que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia	Variable dependiente: Parto pretérmino Variables independientes: <u>Sociodemográficas</u> 1. Edad materna 2. Estado Civil 3. Grado de instrucción 4. Ocupación <u>Historia Obstétrica</u> 5. EG 6. Gesta 7. Paridad 8. Ant. Abortos 9. Antecedentes de PP 10. CPN <u>Complicaciones de la gestación</u> 11. ITU 12. Vulvovaginitis 13. Anemia	<ul style="list-style-type: none"> Por la interferencia del investigador: Observacional Por su alcance temporal: Retrospectivo Por su técnica de contrastación: Descriptivo Por la secuencia del estudio: Transversal 	UBICACIÓN TEMPORO – ESPACIAL El presente trabajo se realizará en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana cuyo tiempo de estudio será el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2017. UNIVERSO: Puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 POBLACIÓN: Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana y que presentaron parto pretérmino durante 01 al 31 de diciembre 2017 MUESTRA: Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana y que presentaron parto pretérmino durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que cumplan con los criterios de inclusión / exclusión. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 1. Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que presentaron parto pretérmino CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: 1. Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre

		<p>del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017.</p> <p>3. Describir las principales complicaciones durante el embarazo que presentaron las puérperas por parto pretérmino del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017.</p> <p>4. Describir la condición al nacer del neonato pretérmino hijo de puérpera del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo enero-diciembre 2017.</p>	<p>14. Hemorragia de 2 mitad de embarazo</p> <p>15. Trastornos hipertensivos del embarazo</p> <p>16. RPM</p> <p>17. Polihidramnios</p> <p>18. RCIU</p> <p>19. Embarazo múltiple</p> <p><u>Condición al nacer</u></p> <p>20. Estado al nacer</p> <p>21. APGAR de RN</p> <p>22. Peso al nacer</p>	<p>2017 que presentaron parto pretérmino con Carnet perinatal incompleta</p> <p>2. Puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante 01 enero al 31 de diciembre 2017 que presentaron parto pretérmino con FUR no confiable y sin ecografía médica del primero y/o segundo trimestre.</p> <p>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</p> <p>1. Para la descripción de las variables categóricas y continuas se utilizará la frecuencia expresada en porcentajes, con su respectiva tabulación y gráfica.</p> <p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>1. Se presentará una solicitud al director del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, al jefe del Dpto. de Gineco- Obstetricia y al jefe del Dpto. de Estadística para proceder a la realización del estudio y para tener acceso a los libros de registros del Servicio de Gineco – Obstetricia y posteriormente las historias clínicas del archivo.</p> <p>2. Revisar los libros de registros del Servicio de Gineco – Obstetricia para obtener el número de las historias clínicas.</p> <p>3. Revisión de las Historias Clínicas – Carnet perinatal - aplicando los criterios de inclusión y de exclusión, y posterior toma de los datos de interés para el estudio llenando las fichas de recolección.</p> <p>4. Tabulación y Procesamiento de los datos con análisis de las variables, Se confeccionará una base de datos para su procesamiento estadístico con el sistema SPSS versión 24 para Windows y Excel 2016.</p> <p>5. Análisis y conclusiones de los resultados.</p>
--	--	--	---	---

